Machine Translated by Google

POLICY BRIEF

AFVISNING AF MONOPOLKRAFT OVER OFFENTLIG SUNDHED

On the proposed IHR (2005) amendments and WHO pandemic treaty

April 2023

World Council For Health

Machine Translated by Google

Indhold

I. Introduktion 3

II. Ændringer af internationale sundhedsregulativer 7

A. Obligatoriske foranstaltninger og statssuverænitet **8**

B. Overvågning: (digitale) sundhedscertifikater og lokaliseringsskemaer **10**

C. Bekæmpelse af dissens globalt **12**

D. Kartelrettigheder og regulering **13**

E. Uopfordrede tilbud og forpligtelse til at samarbejde **14**

F. Deling af patogenprøver og genetiske sekvensdata **15**

G. Kassering af menneskerettigheder **16**

III. Pandemitraktat/-aftale (WHO CA+) 17

A. Anerkendelse af WHO's autoritet og global sundhedsstyring **17**

B. Håndtering af afvigende synspunkter globalt og identifikation af *profiler* **18**

C. WHO Global Supply Chain and Logistics Network **18**

D. Standardisering af regulering og fremskyndelse af godkendelse **19**

E. Støtte til forskning i gevinst-af-funktion **20**

F. Deling af patogenprøver og genetiske sekvensdata **21**

G. Én sundheds- og pandemi/epidemi-grundårsagsanalyse **22**

IV. Afvisning af monopolmagt over global sundhed 25

A. Truslen fra monopoler **25**

B. Hvem driver WHO – strukturel virkelighed **26**

C. Korruption, dårlige beslutninger og fatale fejl **28**

V. En bedre måde for global folkesundhed 33

A. Decentralisering af kontrol og den enkeltes rettigheder **33**

B. Retten til privatlivets fred: digitalt id, digitale certifikater og private (sundheds)data **35**

C. Ytringsfrihed og retten til at være uenige **36**

D. International deling og integritet af regulatoriske processer **39**

E. Definition og standsning af gain-of-function forskning **40**

F. Ideelle rammer og tilgange til global **sundhed**..... **40**

VI. Konklusion 41

Machine Translated by Google

I. Introduktion

Forhandlinger finder sted for betydeligt at udvide Verdenssundhedsorganisationens (WHO) kontrol over globale folkesundhedsreaktioner og -tænkning via a) ændringer til de internationale sundhedsregulativer (2005) og b) en pandemitraktat/-aftale (WHO CA+)). Begge instrumenter kan ses som komplementære. Mens de forelagte IHR-ændringer, hvis de blev godkendt, i høj grad ville styrke WHO's såvel som dens generaldirektørs beføjelser over for stater og ikke-statslige aktører, er pandemitraktaten i sin nuværende form ville skabe et nyt, omkostningstungt overnationalt bureaukrati og påtvinge en ideologisk ramme, som man kan operere under i spørgsmål om global sundhed.

Verdenssundhedsforsamlingen har sat en frist til maj 2024 for at sætte de foreslåede ændringer til IHR og pandemitraktaten til afstemning. Nogle ændringer til IHR kunne allerede stemmes om og accepteres i maj 2023. Ændringer til IHR vedtages ved simpelt flertal af delegerede i Verdenssundhedsforsamlingen uden yderligere nationale ratifikationsprocedurer. Stater bevarer retten til individuelt at fravælge inden for en bestemt tid (10 måneder). Hvis de ikke gør det, gælder den reviderede version automatisk for dem. Traktaten kræver i mellemtiden to tredjedeles flertal med efterfølgende national ratificering. I henhold til artikel 35 i traktatens nuludkast kan aftalen dog træde i kraft på et foreløbigt grundlag inden afslutningen af ratifikationsprocesserne.

Officielt præsenteres IHR-ændringerne og pandemitraktaten som instrumenter til at øge internationalt samarbejde, effektiv deling af information og retfærdighed i tilfælde af endnu en global sundhedskrise. De facto kan de blive til instrumenter til at erstatte internationalt samarbejde med centraliserede diktater, til at opmuntre til kvælning af uenighed og til at legitimere et kartel, der påtvinger befolkningen interessedrevne sundhedsprodukter, der genererer overskud i forhold til dem, der fungerer bedre, men som er mindre rentable.

De forelagte IHR-ændringer udgør især en retlig ramme for monopolmagt over aspekter af global folkesundhed i tider med faktisk og potentiel krise. Hvis disse ændringer skulle godkendes, ville denne magt blive udøvet af nogle få potente WHO primære donorer, der udøver meningsfuld kontrol over organisationen. Disse omfatter en håndfuld højindkomstlande som USA, Kina og Tyskland samt private interessenter som Bill & Melinda Gates Foundation og farmaceutiske virksomheder. Alle de førnævnte statslige og private finansiører har betydelige interessekonflikter, når det kommer til globale folkesundhedspolitikker. Disse specielle

Machine Translated by Google

interesser har kompromitteret organisationen. Det er i denne sammenhæng bemærkelsesværdigt, at WHO kun har fuld kontrol over omkring en fjerdedel af sit eget budget. Resten består øremærkede frivillige bidrag fra dets finansiører.

Hvis de bliver enige, vil nogle af IHR-ændringerne gøre det muligt for de særlige interesser, der har kompromitteret organisationen, at standardisere og påtvinge, hvordan stater og endda ikke-statslige aktører over hele verden skal reagere på folkesundhedsnødsituationer og forholde sig til en række globale sundhedsspørgsmål generelt. Nogle af de foreslåede ændringer til IHR (2005) vil for eksempel ændre karakteren af midlertidige og stående anbefalinger nævnt i artikel 15 og 16, som kan udstedes af WHO og dens generaldirektør (i øjeblikket en Gates-medarbejder) fra ikke-bindende rådgivning til obligatorisk at implementere af deltagerstater. Hvis ændringerne vedrørende arten og omfanget af disse anbefalinger vedtages, vil de udgøre en ramme, hvorunder potentielle foranstaltninger, der kan anbefales opført i henhold til artikel 18 i IHR (2005), såsom a-behandlinger, vaccinationer, isolation og overvågning, kan pålægges via WHO.

Mens WHO ikke har nogen effektiv håndhævelsesmekanisme over for højindkomstlande, kan de foreslåede IHR-ændringer føre til magtfulde regeringer i overensstemmelse med eller endda bag WHO-direktiver, der hævder, at disse skal overholdes og håndhæves internt på grund af deres juridisk bindende karakter i henhold til et instrument af international ret. Mægtige nationalstater og private interessenter i overensstemmelse med direktiverne såvel som WHO selv kunne yderligere bruge den reviderede IHR som en juridisk ramme i forsøget på at legitimere sundhedskolonialisme og økonomisk presse lavindkomstlande til at overholde dem - alvorligt underminere deres suverænitet i processen . Nogle af de foreslåede ændringer til IHR rejser derfor alvorlige spørgsmål vedrørende suverænitet og fremtiden for demokratisk regeringsførelse, som skal behandles.

En række andre indsendte forslag tilskynder til systematisk globalt samarbejde for at imødegå uenigheder fra holdninger i regeringer og WHO – som er et FN-agentur – og derved fremme koncentreret magt over information. Melissa Fleming, vicegeneralsekretær i FN, udtalte følgende overbevisning på et møde i 2022 World Economic Forum (2022: 1) i Davos: "Vi ejer videnskaben, og vi mener, at verden burde vide det." Udkastet til pandemitraktat opmuntrer endda alle deltagerstater
– som omfatter demokratiske, autoritære og diktatoriske – at identificere *profiler* af, hvad der opfattes som misinformation af WHO eller deltagerstater og at tackle information, tilgange og meninger, der afviger fra den officielle linje. Yderligere ændringer til IHR (2005) forudser også et udvidet overvågningssystem med (helst

Machine Translated by Google

digitale) sundhedscertifikater og lokaliseringsformularer for at sikre masseoverholdelse af centraliserede direktiver.

En række IHR-ændringer, hvis de blev godkendt, ville derudover overdrage magten over identifikation, produktion og tildeling af sundhedsprodukter til WHO under specifikke omstændigheder, hvilket reelt ville gøre det til et kartel. I henhold til den reviderede IHR kunne WHO f.eks. bede deltagerstaterne om at gennemføre en stigning i produktionen af et bestemt lægemiddel – hvilket øger fortjenesten hos producenten og/eller aktionærer, der måtte have relationer til WHO – for at WHO derefter fordele som det passer,
opbygning af et protektionssystem over modtagere.

Især traktatudkastet har yderligere negative konsekvenser for global (sundheds-)sikkerhed, da det understøtter forskning, der opnår en funktion på trods af dets usædvanlige biosikkerhedsrisici. Undslippe eller frigivelse af manipulerede patogener fra laboratoriemiljøer
er ikke tilstrækkeligt klassificeret eller fokaliseret som en alvorlig trussel og potentiel årsag til pandemier, selvom en laboratorielækage af en human-manipuleret virus højst sandsynligt er ansvarlig for COVID-pandemien, der har ført til omkring 6,8 millioner menneskers død.

De foreslåede IHR-ændringer og pandemitraktaten (WHO CA+) – hvis de bliver enige – vil uundgåeligt blive brugt til at fremme nogle få magtfulde aktørers interesser på bekostning af andre. De repræsenterer et hidtil uset forsøg på at legalisere koncentrationen af udemokratisk magt under falske påskud, der nødvendiggør en hurtig,
effektiv og robust reaktion. De påtænkte juridiske rammer for monopolmagt over aspekter af global folkesundhed vil ikke føre til bedre pandemiberedskab, men til en gentagelse af nogle af de værste beslutninger, der er truffet under COVID-pandemien i tilfælde af en fremtidig nødsituation. Den påtænkte juridiske ramme for monopolmagt over aspekter af global folkesundhed er ikke et tegn på fremskridt, men repræsenterer et tilbageskridt i menneskelig udvikling til tiden med feudale systemer, kolonialisme og centraliseret
imperier.

Det **World Council for Health (WCH)** forener over 190 koalitionspartnere globalt. WCH opfordrer til ændringerne af IHR (2005) som skitseret i kapitel II i dette dokument samt til, at pandemitraktaten som på nuværende tidspunkt foreslås forkastet. De repræsenterer en ramme for illegitim udøvelse af global regeringsmagt uden folkelig enighed, forfatningsmæssige kontrolmekanismer eller ansvarlighed. Som sådan,
de skaber en farlig præcedens, hvis de vedtages. Omfanget af det rådgivende WHO-mandat og de beføjelser, der gives til WHO via IHR (2005), bør ikke udvides.

Machine Translated by Google

Svigt i reaktionerne på de seneste globale sundhedsnødsituationer stammer fra netop de aktører, som ville blive styrket yderligere af de foreslåede instrumenter, hvis de blev vedtaget. Både nationalstaternes og WHO-bureaukraternes svigt i at reagere på nylige nødsituationer på folkesundheden og de særlige interesser, der kompromitterer både organisationen og de nationale sundhedsagenturer, skal undersøges omhyggeligt.

World Council for Health opfordrer endvidere til øjeblikkelige lovgivningsmæssige foranstaltninger mod ethvert forsøg på eller eksisterende monopolisering af global eller national sundhed og beslægtede områder, enten gennem WHO eller andre midler. Det er veletableret, at monopolmagt eliminerer frit valg og konkurrence og dermed krænker individuelle rettigheder, samtidig med at kvaliteten og innovationen drastisk reduceres. Der er få områder, hvor dette har så alvorlige konsekvenser som på området for menneskers sundhed.

Derudover udgør unødig koncentration af magt en trussel mod demokratiske systemer og menneskers ret til selvstyre. Demokratier bevares ved at forhindre opbygning af koncentreret magt og ved at bryde monopoler og samtidig værne om væsentlige demokratiske kerneværdier. Uden tilstrækkelige lovgivningsmæssige foranstaltninger fortsætter magtens konsolidering og dermed de få korruption af politiske processer ufortrødent med fatale konsekvenser. Ejerskab af enhver form for styring
ligger hos folket såvel som de individer, de vælger til at tjene dem som repræsentanter, der igen skal underkastes effektive kontrolmekanismer for at forhindre overdreven rækkevidde. Frem for alt skal regeringsførelse altid være baseret på individets værdighed og demokratiske kerneværdier. Global regeringsførelse kan ikke komme på bekostning af demokratisk regeringsførelse.

Formålet med dette dokument

Dette dokument viser – med originale referencer – de vigtigste IHR-ændringer, der er blevet foreslået, såvel som centrale dele af pandemitraktatudkastet (WHO CA+) og forklarer, hvorfor de adskiller sig fra tidligere tilgange til global folkesundhed på en væsentlig måde. Det illustrerer yderligere, hvorfor den unødige koncentration af magt på området for global folkesundhed og tilvejebringelsen af en retlig ramme for en sådan brug af WHO udgør en trussel mod sundhed, suverænitet og demokrati, der skal behandles omgående. Derudover anbefales lovgivningsmæssige og uddannelsesmæssige foranstaltninger i dette dokument for at styrke folkesundheden og for at opnå bedre beredskab, effektivt internationalt samarbejde og deling med hensyn til globale sundhedsnødsituationer og samtidig undgå monopolisering og sikre robustheden af demokratiske idealer i tider med krise.

Machine Translated by Google

II. Ændringer af internationale sundhedsregulativer

Konceptet bag de internationale sundhedsregulativer kan spores tilbage til en række af internationale sanitære konferencer første gang afholdt i Paris i 1851 i kølvandet på de europæiske koleraepidemier. Disse konferencer fokuserede på at dæmme op for spredningen af kolera, pest og gul feber ved at standardisere karantænereglerne og samtidig sikre international handel og rejser. Konferencerne udgjorde også et forum for videnskabelig diskurs. Deltagerne forhandlede til sidst en række internationale sanitære konventioner. Ifølge Gostin & Katz (2016: 266) voksede "de tidligste traktaters eksistensberettigelse ud af en opfattet sikkerhedsimperativ for magtfulde lande. Vigtigst var selvbeskyttelse mod ydre trusler [dvs. spredningen af såkaldte *Asiatiske sygdomme* til Europa], snarere end at beskytte offentlighedens sundhed i alle regioner i verden." Deltagerne var for det meste europæiske magter (inklusive Rusland og Tyrkiet) og USA.

Da WHO blev dannet i 1948, påtog den sig ansvaret for området infektionssygdomme. Organisationen udstedte International Sanitary Regulations i 1951, og til sidst reviderede og omdøbte dem til International Health Regulations i 1969. De grundlæggende forpligtelser for deltagerstaterne i henhold til IHR (1969) var, at de underrettede WHO om visse udbrud af infektionssygdomme, når de opstod, og sikrede nogle folkesundhedsmæssige muligheder ved ind-/udgangssteder. Staternes samarbejde med WHO var baseret på ad hoc diplomati og begrænset til få sygdomme. I 1995 besluttede Verdenssundhedsforsamlingen, at IHR (1969) ikke længere var et tilstrækkeligt instrument til at imødegå moderne udfordringer, når det kom til infektionssygdomme, og bad om at få dem væsentligt revideret. Dette forslag blev mere påtrængende under SARS-udbruddet i 2003.

Revisionsprocessen resulterede i de internationale sundhedsregulativer fra 2005, som i øjeblikket er bindende for 196 deltagerstater – de 194 WHO-medlemslande plus Den Hellige Stol og Liechtenstein. Ifølge Fidler (2005: 343) "legemliggør IHR (2005) en ny strategi - global sundhedssikkerhed - implementeret gennem en ny tilgang - global sundhedsstyring. […] En sådan integreret styring er uden fortilfælde inden for international folkesundhed og repræsenterer et konceptuelt gennembrud i global styring af betydning ud over folkesundhedsområdet."

IHR (2005) gav WHO nye beføjelser og udvidede reglernes anvendelsesområde ud over blot nogle få sygdomme. Lande skulle nu underrette WHO om evt

Machine Translated by Google

begivenheder, der kan udgøre en folkesundhedsnødsituation af international interesse (PHEIC). WHO's generaldirektør fik endvidere enebeføjelsen til at erklære PHEIC'er. Deltagerstaterne er også enige om en række forpligtelser vedrørende etablering af kernekapaciteter til at opdage, vurdere, rapportere og reagere på folkesundhedsnødsituationer af international interesse. Mens IHR (2005) satte scenen for en form for global sundhedsstyring, gjorde de det i et begrænset omfang og uden væsentlige udfordringer for nationalstaternes suveræne status. Dette ændrer sig dog med ændringerne til IHR (2005), der blev foreslået i slutningen af 2022, og som er under revision.

I januar 2022 fremsatte den amerikanske regering under præsident Biden vidtrækkende forslag om at ændre IHR (2005). Mens de fleste af forslagene mislykkedes i Verdenssundhedsforsamlingen, hovedsageligt på grund af afrikansk modstand, blev en bredere proces startet, som opfordrede til at foreslå ændringer til IHR (2005) af deltagerstaterne. Alt i alt indsendte 16 deltagerstater enten alene eller i samarbejde med regionale institutioner (såsom EU, WHO's Afrikanske Region, Den Eurasiske Økonomiske Union og MERCOSUR) forslag. WHO gav sin International Health Regulations Review Committee (IHRRC) til opgave at vurdere de foreslåede ændringer. I sin rapport offentliggjort den Den 6. februar 2023 forklarer IHRRC, at mens nogle ændringer udgør en gentagelse af eksisterende normative forpligtelser, "indfører andre hidtil usete forpligtelser såvel som beføjelser for WHO til at lede stater og ikke-statslige aktører" (WHO 2023: 57). De væsentligste forslag omtales i det følgende.

A. Obligatoriske foranstaltninger og statssuverænitet

Artikel 15 i International Health Regulations (2005) siger: Hvis "det er blevet fastslået […], at der opstår en folkesundhedsnødsituation af international interesse, skal generaldirektøren udstede midlertidige henstillinger". Artikel 16 tilføjer, at "WHO kan [også] fremsætte stående anbefalinger af passende sundhedsforanstaltninger […] til rutinemæssig eller periodisk anvendelse." I IHR (2005) er de midlertidige anbefalinger udstedt af generaldirektøren og de stående anbefalinger defineret som ikke-bindende rådgivning, der skal overvejes.[1]

En række af de nyligt foreslåede ændringer vil, hvis de bliver vedtaget, ændre karakteren af de henstillinger, der kan udstedes, og gøre dem obligatoriske og juridisk bindende.

1 Mens de internationale sundhedsregulativer (2005) er et juridisk bindende dokument, i henhold til hvilket deltagerstaterne indvilliger i at opfylde de afgrænsede forpligtelser, der er beskrevet i dokumentet, giver de ikke WHO eller dens generaldirektør beføjelse til at udstede forpligtelser efter behag i nye situationer. I stedet kan WHO og dens generaldirektør i sådanne situationer ifølge IHR (2005) kun udstede ikke-bindende anbefalinger.

Machine Translated by Google

Ændringerne vil opnå dette ved at fjerne deskriptoren *ikke-bindende* fra definitionen af begreberne *midlertidige henstillinger* og *stående henstillinger* i artikel 1, samtidig med at der indsættes et mandat til at følge disse i en række efterfølgende artikler. For eksempel bemærker IHRRC (2023: 55) i sin rapport med hensyn til en foreslået ny artikel 13A: "Dette forslag […] gør de midlertidige og stående anbefalinger behandlet i henhold til artikel 15 og 16 obligatoriske." Med hensyn til paragraf 7 i den indsendte artikel, fortsætter udvalget, at "disse forslag giver effektivt WHO myndighed til at instruere stater" (ibid.: 57). Vedrørende et foreslået ændringsforslag til artikel 42, forklarer IHRRC (2023: 67) ligeledes: "Den foreslåede ændring til at inkludere en henvisning til midlertidige og stående anbefalinger ser ud til at gøre anvendelse af disse anbefalinger obligatorisk".

Forskellige ændringer vil også betydeligt udvide generaldirektørens beføjelser. En ændring af artikel 15 vil for eksempel gøre det muligt for generaldirektøren at udstede anbefalinger, ikke kun under en PHEIC, der er erklæret af ham eller hende, men i alle situationer, som vurderes af ham eller hende til at have potentiale til at blive en (WHO 2023a: 15). En tilføjelse til artikel 42 angiver i mellemtiden, at WHO-foranstaltninger såsom anbefalinger fremsat af generaldirektøren ikke kun "skal iværksættes og afsluttes uden forsinkelse af alle deltagerstater", men at "deltagerstater også skal træffe foranstaltninger for at sikre ikke-statslige Aktører, der opererer på deres respektive territorier, overholder sådanne foranstaltninger" (ibid: 22). IHRRC skriver, at "ikke-statslige aktører ikke er parter i forordningerne", og at "udvalget er bekymret over, at den foreslåede ændring går for vidt i at antyde, at deltagerstaterne gennem lovgivning eller andre reguleringsforanstaltninger skal forpligte ikke-statslige aktører til at overholde foranstaltninger i henhold til forordningerne“ (WHO 2023: 67).

Artikel 18 i IHR indeholder en ikke-udtømmende liste over foranstaltninger, som WHO kan bede deltagerstater om at gennemføre via anbefalinger, når det kommer til personer. Denne liste omfatter blandt andet at kræve lægeundersøgelser, at gennemgå bevis for lægeundersøgelser og laboratorieanalyser, at kræve vaccination eller anden profylakse, at gennemgå bevis for vaccination eller anden profylakse, at placere personer under folkesundhedsobservation, at gennemføre karantæne eller andre sundhedsforanstaltninger og at gennemføre isolation eller behandling (jf. WHO 2023a: 17).

De foreslåede ændringer, der vil gøre anbefalinger udstedt af WHO eller dens generaldirektør obligatoriske, rejser alvorlige spørgsmål vedrørende deres konsekvenser for statssuveræniteten og demokratisk regeringsførelse, der skal behandles omgående.
Svarene kan være forskellige fra nation til nation, nogle er mere sårbare end andre.

Machine Translated by Google

B. Overvågning: (digitale) helbredsattester og lokaliseringsskemaer

For at sikre og overvåge masseoverholdelse af centraliserede direktiver og mandater har en række statsparter – især Den Europæiske Union, der ledes af Europa-Kommissionens præsident Ursula von der Leyen (modtager af Gates Foundation Goalkeepers Award, hvis mand arbejder) for en biotekvirksomhed involveret i produktionen af Pfizers mRNA COVID-produkter) – har indført ændringer for at etablere et kontrolsystem, fortrinsvis digitalt, baseret på sundhedscertifikater og lokaliseringsformularer. Forslagene omfatter vaccinecertifikater, profylaksecertifikater, laboratorietestcertifikater, nyttiggørelsesattester og passagersøgningsskemaer.

IHRRC bemærker, at nogle "deltagerstater har foreslået målrettede ændringer for at inkludere, bl.a. digitale certifikater eller certifikater med en quick response (QR)-kode", og at selvom digitale certifikater eller formularer måske ikke er teknisk gennemførlige i alle verdenshjørner " digitalisering bør anvendes, hvor det er muligt" (WHO 2023: 21). En række ændringsforslag foreslår at bruge hjemmesider og/eller QR-koder som midler til kontrol og overvågning. Nogle sigter mod at "udnytte digital teknologi; og indførelse af standarddriftsprocedurer for alle indgangssteder" (ibid.: 82). Mens nogle af ændringerne foreslår, at Verdenssundhedsforsamlingen bør definere tekniske krav til globale digitale sundhedscertifikater (dvs. vedrørende verifikationsmidler, interoperabilitet osv.), forelægger IHRRC til overvejelse, "om sundhedsforsamlingen er den mest passende organ" for at løse denne opgave "eller om dette ansvar skal overlades til generaldirektøren [Tedros Adhanom Ghebreyesus]" (ibid.: 62).

Ændringer vedrørende brugen af (digitale) sundhedscertifikater eller lokaliseringsskemaer til kontrol og overvågning er ikke kun foreslået med hensyn til artikler vedrørende internationale sundhedsnødsituationer, men også i forhold til artikel 23, som handler om generelle sundhedsforanstaltninger ved ankomst og afrejse . Ifølge IHRRC gælder denne artikel for alle situationer, ikke kun nødsituationer i folkesundheden af international interesse (PHEIC'er). Forelagte ændringer til artikel 23 inkluderer f.eks. et "nyt foreslået stk. 6 [der] indfører en specifik henvisning til formularer til passagersøgning som en del af de dokumenter, der kan kræves, og en præference for, at disse er i digitalt format" (ibid. .: 61). Et andet ændringsforslag foreslår at medtage oplysninger om laboratorieundersøgelser i rejsendes sundhedsdokumenter. IHRRC formår at bemærke: "[G]i betragtning af at artikel 23 gælder for alle situationer, ikke kun PHEIC'er, er udvalget bekymret for, at en sådan krav kan overbelaste rejsende og kan endda rejse etiske og diskriminationsrelaterede bekymringer." (ibid.: 62) Generelt set også IHRRC

Machine Translated by Google

anerkender en bekymring vedrørende "det passende niveau for beskyttelse af personoplysninger" (ibid.: 66).

Som forklaret af den indonesiske sundhedsminister Sadikin under G20-topmødet på Bali i november 2022, udgør indførelsen af globale digitale sundhedscertifikater et hovedmål i revisionen af IHR (2005). Indonesien selv er allerede begyndt at implementere obligatoriske digitale sundhedscertifikater ved at bruge en app, der kan downloades via Android og Apple. Landet giver et eksempel på, hvordan globale digitale sundhedscertifikater, hvis de vedtages via IHR-ændringerne, kan misbruges af magthavere til at tvinge mennesker, herunder børn, til at modtage medicinske behandlinger, begrænse deres bevægelser, for at tvinge personlig brug af visse digitale apps og derved mine private (sundheds)data.

"Så lad os få et digitalt sundhedscertifikat godkendt af WHO. Hvis du er blevet vaccineret eller testet ordentligt, så kan du flytte rundt. […] Indonesien har opnået, G20-landene har indvilget i at have dette digitale certifikat ved hjælp af WHO-standarder, og vi vil indsende det til den næste verdenssundhedsforsamling i Genève som en revision af [de] internationale sundhedsregulativer."

– **Indonesisk sundhedsminister Sadikin (november 2022)**

Fra januar 2023, for (gen)indrejse i landet, Indonesien pålægger sine egne statsborgere på 18 år og derover – mod videnskabelig dokumentation og grundlæggende etik – forpligtelsen til at fremlægge bevis for at have modtaget tre doser COVID-19-vaccination og af at få installeret den såkaldte Peduli Lindungi (borgersundhedsapp) med persondata og vaccinationsstatus (jf. den indonesiske ambassade 2023). For passagerer på indenrigsflyvninger, tog og færger skal børn i alderen 6-17 år fremvise bevis for én dosis COVID-19-vaccination (selvom kontraindiceret og potentielt skadelig), skal de på 12 år og derover vis et sådant bevis via Peduli Lindungi borgersundhedsapp (jf. UK.GOV 2023).

Digitale sundhedscertifikater er et værktøj til styrkelse af de få og underkastelse af masserne. Digital sundhed er mere generelt også ved at blive en branche, hvor private patientdata bliver til et produkt i overvågningsøkonomien. Den indonesiske regering er for eksempel i gang med at digitalisere hele sit sundhedssystem, som den modtager støtte fra og koordinerer med blandt andre Bill & Melinda Gates Foundation. Ændringer omfatter den brede, delvist påbudte brug af en borgersundhedsapp og applikationer, der indeholder digitale journaler for enkeltpersoner.

Machine Translated by Google

C. Bekæmpelse af dissens globalt

Udover kontrol over foranstaltninger og overholdelse af masseoverholdelse, sigter de foreslåede ændringer til IHR (2005) også mod kontrol over information. Indførte ændringsforslag opfordrer til at "bekæmpe spredningen af falsk og upålidelig information" (WHO 2023a: 25, 26) og at WHO skal styrke sin kapacitet på globalt plan til at "modvirke misinformation og desinformation" (ibid.: 40). IHRRC foreslår endda, at WHO kan have en forpligtelse "til at verificere information, der kommer fra andre kilder end deltagerstater" (WHO 2023: 21).

IHRRC forklarer, at "[m]isinformation og desinformation kan [...] hindre offentlighedens tillid til og overholdelse af regerings- eller WHO-vejledning" (WHO 2023: 21).
Den fastslår endvidere, at centrale menneskerettigheder såsom ytringsfrihed og pressefrihed skal balanceres med, hvad
WHO og regeringer udråber at være nøjagtig information på ethvert givet tidspunkt (jf. ibid.: 21). Denne fortælling er farlig, antidemokratisk og det præcise omvendte af, hvad der skulle ske baseret på erfaringerne fra COVID.

Den kinesiske whistleblower Li Wenliang udsendte en tidlig advarsel, der blev undertrykt af regeringsmyndighede

SARS-CoV-2-udbruddet kunne have blevet inddæmmet tidligt, og langt størstedelen af det efterfølgende kunne have været forhindret. Dette skete ikke eksplicit på grund af falsk og fatal regerings- såvel som WHO-vejledning i de første måneder af coronavirus-udbruddet (som sandsynligvis startede i Wuhan i september 2019). Dette skete eksplicit ikke, fordi kinesiske regeringsmyndigheder kvælede ytringsfriheden og censurerede ethvert forsøg fra frontlinjehospitallæger i Wuhan for at advare verden om, hvad de så som alvorlige SARS-lignende symptomer hos deres patienter i slutningen af 2019. Whistleblowere som Dr.
Li Wenliang og hans kolleger blev arresteret. Som en udtalelse i The Guardian (2020: 1) udtrykte det: "Hvis Kina værdsatte ytringsfrihed, ville der ikke være nogen coronavirus-krise."

Machine Translated by Google

Hvad IHRRC heller undlader at nævne er, at mens kinesiske whistleblowere kæmpede mod regeringens censur for at advare verden, fremmede WHO den falske embedsmand linje, at der ikke var tegn på menneske-til-menneske overførsel i tilfælde af SARS-CoV-2, på trods af klare beviser for det modsatte. I løbet af pandemien fortsatte WHO med at støtte en række falske teorier. Det

organisation, for eksempel fastholdt, at COVID var ikke luftbåren, og det at sige andet var at sprede mis-information, indtil det blev tvunget til at ændre sin holdning efter overvældende videnskabelige beviser for det modsatte. Det nedtonede også betydningen af naturlig immunitet.

Alligevel søger IHRRC og de respektive ændringer til IHR (2005) at legitimere og forankre som nye normer farlige appeller til autoriteter (statslige og WHO) samt kvælning af dissens. Dette forbereder grunden til, at den næste potentielt livreddende tidlige advarsel, der går imod regeringens interesser – som det ofte er tilfældet – skal undertrykkes, for uenige stemmer, der kan vise sig at være rigtige at blive censureret, og for dem, der kalder myndighedernes fejltagelser at blive knust. Alle disse ting har ødelæggende konsekvenser for samfundets velfærd og menneskers evne til at stå op mod regeringens uretfærdigheder. IHRRC-rapporten såvel som de foreslåede IHR-ændringer sælger den bekymrende, falske, autoritære og forældede idé om, at nogle få

har ret til at bestemme, hvad der er sandt, og hvad der ikke er, at deres dom er endelig og hævet over enhver tvivl, selvom de er blevet bevist falsk tusind gange. Derved søger de at etablere et antidemokratisk monopol på indholdet og informationsstrømmen.

D. Kartelrettigheder og regulering

Nogle foreslåede ændringer har til formål at overdrage magten til WHO over den globale identifikation, produktion og allokering af sundhedsprodukter i krisetider (jf. WHO 2023a: 13-14). Hvis det bliver vedtaget, vil WHO være i stand til at identificere, hvilke produkter "er

Machine Translated by Google

forpligtet til at reagere på folkesundhedsnødsituationer af international interesse" (ibid.: 13). Det kunne yderligere fortælle stater "at opskalere produktionen af [håndplukkede] sundhedsprodukter" (ibid.: 13). De indsendte ændringer hævder, at "på anmodning fra WHO skal deltagerstaterne sikre, at producenterne på deres territorium leverer den ønskede mængde af sundhedsprodukterne til WHO eller andre deltagerstater som anvist af WHO rettidigt for at sikre effektiv implementering af allokeringsplan" (ibid.: 13). IHRRC bemærker, at det "ikke umiddelbart er indlysende, om stater kunne være i stand til at gøre det uden at ændre deres nationale regulering af private aktører, der opererer på deres territorium" (WHO 2023: 57).

Et foreslået ændringsforslag ser en rolle for WHO i at skabe standardiserede "regulatoriske retningslinjer for hurtig godkendelse af sundhedsprodukter af kvalitet" (ibid.: 14).
Med hensyn til sidstnævnte forslag er IHRRC tøvende, da det "ud fra et juridisk perspektiv kan være utilrådeligt at kræve, at WHO udvikler sådanne regulatoriske retningslinjer, da ansvaret i tilfælde af en væsentlig sikkerhedsbrist, der opstår efter markedsføringen af produktet, så primært vil falde på organisationen" (WHO 2023: 54).

Den nødvendige infrastruktur til at implementere ændringerne i forbindelse med WHO-tildelingsmekanismen vil blive etableret via den supplerende pandemitraktat. Sidstnævnte ville oprette WHO Global Supply Chain and Logistics Network (alias The Network), hvis det blev vedtaget. Netværket er omtalt i afsnittet *Pandemic Treaty (WHO CA+)* i dette dokument.

Et centralt aspekt af de foreslåede ændringer, der vedrører tildelingsmekanismen, er ideen om, at sundhedsforanstaltninger, som deltagerstaterne selv træffer, generelt ikke skal hindre WHO's mekanisme (se ændringer til artikel 43).
I så fald skal den respektive deltagerstat give WHO en begrundelse. Sidstnævnte kan derefter anmode deltagerstaten om at ændre eller ophæve foranstaltningerne. Hvis deltagerstaten har en indsigelse, henvises sagen til WHO's nødudvalg, hvis afgørelse er endelig. Deltagerstaten skal derefter rapportere om gennemførelsen af nævnte beslutning. (WHO 2023a: 23-24)

E. Uopfordrede tilbud og forpligtelse til at samarbejde

Nogle af de foreslåede ændringer til IHR, hvis de vedtages, går ind for at give uopfordrede tilbud til potentielle modtagere af *bistand* og indfører en forpligtelse til at samarbejde på siden af potentielle bistandsydere.

Machine Translated by Google

En ændring af artikel 13, ifølge IHRRC "indfører en forpligtelse til [a] Deltagerstaten skal acceptere eller afvise [et] tilbud om bistand fra WHO inden for 48 timer, og hvis tilbuddet afvises, forpligtelsen for deltagerstaten til at give WHO begrundelsen for afvisningen." IHRRC anerkender: "Forpligtelsen for deltagerstater til at acceptere eller retfærdiggøre afvisning af WHO's tilbud om bistand kan underminere den pågældende deltagerstats suverænitet og risikerer at underminere formålet og ånden i ægte samarbejde og bistand. Det er de deltagende staters privilegium at anmode om eller acceptere bistand, ikke at være modtager af uopfordrede tilbud, ledsaget af en forpligtelse til at begrunde afslaget og en urealistisk tidsramme for at svare. Desuden kan forslaget om, at WHO deler begrundelsen for afvisning, selv om det har til formål at fremme gennemsigtighed, muligvis ikke være befordrende for en atmosfære, der fremmer samarbejde. Det kunne fortolkes som en standardtilgang af mistillid til deltagerstater, der afviser tilbud om bistand." (WHO 2023: 50)

Et nyt bilag 10 under "pligter til at samarbejde" siger endvidere: "Stater kan anmode om samarbejde eller bistand fra WHO eller fra andre deltagerstater […]. Det påhviler WHO og deltagende stater, til hvem sådanne anmodninger er rettet, at reagere på en sådan anmodning omgående og at yde samarbejde og bistand efter anmodning. Enhver manglende evne til at yde et sådant samarbejde og bistand skal meddeles de anmodende stater og WHO sammen med begrundelser." (WHO 2023a: 50) IHRRC bemærker, at "forpligtelserne i punkt 1 i dette foreslåede nye bilag ser ud til at være absolutte og ubetinget" (WHO 2023: 89).

F. Deling af patogenprøver og genetiske sekvensdata

Der er en række modstridende ændringer med hensyn til deling af patogenprøver og genetiske sekvensdata (GSD) med WHO. Mens et forslag siger at deling af genetiske sekvensdata (GSD) af patogener ikke er påkrævet, indfører en "stor gruppe af ændringer […] fra flere deltagende stater en forpligtelse for deltagerstaterne til at dele med WHO GSD (selvom der anvendes forskellige ordlyd i forskellige forslag).), samt i nogle tilfælde også at dele yderligere data" og "et forslag […] indfører en forpligtelse for WHO til at dele oplysninger modtaget i henhold til dette stykke med alle deltagende stater i forbindelse med forskning og til risikovurderingsformål" (WHO 2023: 38). Andre forslag "indføre specifikt samarbejde i form af udveksling af patogenprøver og GSD" (ibid.: 70).

Machine Translated by Google

Mens IHRRC bemærker, at "krav om deling af prøver og overførsel af genetisk materiale til WHO kan rejse spørgsmål om WHO's mandat, kapaciteter og forpligtelser" (ibid:. 39), ville den komplementære pandemitraktat, hvis den blev vedtaget, etablere WHO's Pathogen Access and Benefit-Sharing System (PABS System) til netop det formål, rejser biosikkerhed og andre sikkerhedsproblemer. PABS-systemet diskuteres yderligere i afsnittet *Pandemic Treaty (WHO CA+)* i dette dokument.

G. Kassering af menneskerettigheder

En ændring indsendt af Indien vil næppe blive forfulgt yderligere, men præsenterer en skarp påmindelse om, at individets rettigheder som defineret i 1948-erklæringen om menneskerettigheder ikke kan tages for givet. Et betydeligt antal regeringer verden over tror ikke på disse principper. I henhold til artikel 3 har Indien fremsat forslaget om, at den fulde respekt for personers værdighed, menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder skal være vejledende principper i de internationale sundhedsregulativer.

Article 3 Principles

1. The implementation of these Regulations shall be ~~with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons~~ **based on the principles of equity, inclusivity, coherence and in accordance with their common but differentiated responsibilities of the States Parties, taking into consideration their social and economic development**.

Foreslået ændring, der slår fuld respekt for den menneskelige værdighed ud personers rettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder (WHO 2023a: 3)

Machine Translated by Google

III. Pandemitraktat/-aftale (WHO CA+)

Arbejdet med en WHO-pandemitraktat blev foreslået offentligt i december 2020 af Det Europæiske Råds præsident Charles Michel. Initiativet blev støttet af WHO's generaldirektør Tedros Adhanom Ghebreyesus. Pandemitraktaten (i øjeblikket benævnt WHO CA+) er et nyt instrument, der supplerer IHR-ændringerne. WHO-pandemitraktaten overvejes til vedtagelse i henhold til artikel 19 (som vedrører vedtagelse af konventioner eller aftaler) i WHO-forfatningen med en yderligere overvejelse af egnetheden af artikel 21 (som handler om vedtagelse af forordninger). Et nuludkast til traktaten blev offentliggjort i februar 2023.

Baseret på nuludkastet vil traktaten, hvis den bliver vedtaget, etablere et nyt overnationalt bureaukrati. Det styrende organ for det nye bureaukrati ville være det såkaldte Partskonferencen (COP), som ville være det eneste besluttende organ med hensyn til spørgsmål vedrørende aftalen. Herefter nogle af de øvrige hovedpunkter af den foreslåede pandemitraktat diskuteres.

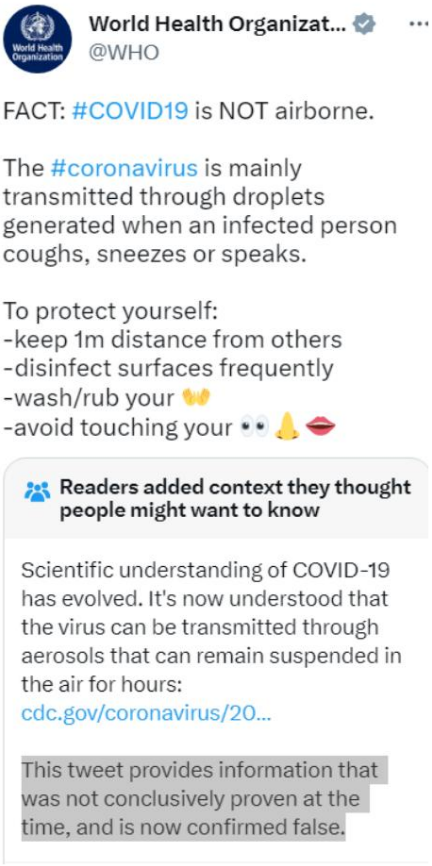
A. Anerkendelse af WHO's autoritet og global sundhedsstyring

Den foreslåede pandemitraktat (WHO CA+), hvis den bliver vedtaget, vil afgive en betydelig og upassende mængde autoritet til WHO. Parterne i traktaten skal i henhold til nuludkastet anerkende WHO's centrale rolle som "den styrende og koordinerende myndighed for global sundhed" (WHO 2023b: 5) såvel som dens centrale rolle "som den styrende og koordinerende myndighed om internationalt sundhedsarbejde, i pandemiforebyggelse, beredskab, reaktion og genopretning af sundhedssystemet og i at indkalde og generere videnskabelig evidens" (ibid.: 4). I betragtning af WHO's kompromitterede, uvalgte og uansvarlige karakter bør ingen sådan generaliseret autoritet overdrages til organisationen.

Nuludkastet forpligter yderligere parterne til at "bidrage til forskning og informere politikker om faktorer, der hindrer overholdelse af folkesundhedsmæssige og sociale foranstaltninger [såsom maskebæring eller lockdowns], tillid og optagelse af vacciner [såsom Pfizer og Moderna mRNA-produkter], brug af passende terapi og tillid til videnskaben [WHO-positioner] og statslige institutioner" (ibid.: 24). Resultaterne af en sådan forskning vil blive brugt til at forsøge at øge efterlevelsen af centraliserede myndigheder og direktiver.

Machine Translated by Google

B. Håndtering af uenige synspunkter globalt og identifikation af *profiler*



WHO- *faktatjek* fra 28. marts 2020, selv bevist falsk

Ligesom nogle af de fremsendte ændringsforslag til inter-National Health Regulations (2005), opfordrer nuludkastet til pandemitraktaten i henhold til artikel 17 til at tackle det, WHO betragter som "falsk, vildledende, misinformation eller desinformation, herunder gennem fremme af internationalt samarbejde"
(WHO 2023b: 23). Den foreslåede traktat går ud over de foreslåede ændringer, idet den også anmoder om eksplicit identifikation af "profiler af misinformation" (ibid.: 23).

Hverken udkastet til pandemitraktaten eller de foreslåede ændringer til IHR (2005) viser nogen anerkendelse af det faktum, at WHO og udøvende regeringsgrene selv har udsendt betydelige mængder af falsk og vildledende information under hele COVID-pandemien og derefter. .

Der tages heller ikke højde for regeringernes regelmæssige brug af systematisk propaganda før, under og efter krige samt andre former for konflikt. Begge foreslåede instrumenter indeholder synspunktet om, at en uansvarlig, kompromitteret overnational organisation som WHO og nationale regeringer bør tillades rollen som voldgiftsdommere vedrørende gyldigheden af information - med implikationer ud over folkesundheden.

C. WHO Global Supply Chain and Logistics Network

Pandemitraktaten vil, hvis den bliver vedtaget, etablere WHO Global Supply Chain and Logistics Network (netværket). Mens mekanismer til at lette den retfærdige og rettidige globale levering af medicin og andre sundhedsprodukter, der er nødvendige til forebyggelse og behandling af sygdom som beskrevet i artikel 6, er afgørende, er WHO's kompromitterede karakter såvel som de erfaringer, der er draget under COVID, grund til tvivl om sådanne mekanismer skal overlades til WHO eller placeres under en anden centraliseret myndighed.

Machine Translated by Google

Der er en reel risiko for, at WHO Global Supply Chain and Logistics Network – i stedet for at distribuere de produkter, der fungerer bedst og har de højeste sikkerhedsprofiler, som i nogle tilfælde kan være ikke-patenteret medicin og ikke-patenterbare midler – vil blive brugt til at presse udvalgte rentable farmaceutiske produkter med dårligt forståede sikkerhedsprofiler på et bredere spektrum af verdensbefolkningen, især hvis de supplerende ændringer til IHR (2005) vedtages, hvilket giver WHO større magt til at gøre det. Offentlige midler kan ende med at blive systematisk omfordelt til udvalgte egeninteresser via WHO-netværket. Disse offentlige midler og distributionsmekanismer kan være bedre placeret hos og betroet til forskellige velgørende organisationer, der har en dokumenteret track record for at modstå virksomhedernes interesser, tilbyde passende reaktionskapacitet på stedet og har tillid til af sårbare befolkningsgrupper.

D. Standardisering af regulering og acceleration af godkendelse

Artikel 8 i traktatudkastet sigter mod harmonisering af regulatoriske krav på internationalt og regionalt plan samt en fremskyndelse af godkendelsen og licenseringen af nye produkter til nødbrug under en pandemi. Denne del af den foreslåede traktat svarer til en kampagne udført af Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) ledet af Richard Hatchett, der engang arbejdede under Anthony Fauci. CEPI blev grundlagt i 2017 af det private, uansvarlige World Economic Forum (WEF), Bill & Melinda Gates Foundation og andre for at fremskynde udviklingen af vacciner og forkorte processen til blot 100 dage. Til sammenligning tager regelmæssig udvikling af vaccine 5 til 10 år, hvor sikkerhed og effekt vurderes i kliniske forsøg, regulatoriske godkendelsesprocesser er bestået og udbredt fremstilling påbegyndes.

Mens potentielle terapier bør gøres tilgængelige på en fremskyndet måde for dem, der ønsker at prøve dem i livstruende eller livsændrende situationer (Right to Try), viser erfaringerne fra COVID-pandemien, at reduktion af regulatoriske standarder for godkendelse af nye produkter stadig i en eksperimentel fase indebærer betydelige og endda fatale sikkerhedsrisici, især når potentialet for alvorlige bivirkninger bliver censureret af regeringer og private interessenter, der investerer økonomisk i nævnte produkter. En yderligere bekymring relaterer sig til det faktum, at regeringer investerede i lidt forståede, hurtige eksperimentelle mRNA COVID-produkter, der er godkendt til brug i nødstilfælde, forsøgte at beordre deres optagelse ved at bruge systematisk tvang og propaganda. De efterfølgende politiske patologier rettet mod personer, der ikke gik med til at blive injiceret, blev udtalt. I dag efterlyser verdenskendte læger og videnskabsmænd mRNA COVID

Machine Translated by Google

produkter, der skal trækkes fra markedet på grund af omfattende sikkerhedsproblemer og manglende effekt mod overførsel.

Generelt er det tilrådeligt at forankre en individuel ret til at prøve med hensyn til nye terapier, samtidig med at man forhindrer underminering af forsigtige regulatoriske krav, når det kommer til bredere godkendelse.

E. Støtte til gain-of-function forskning

Traktatudkastet erklærer, at når det kommer til "laboratorier og forskningsfaciliteter, der udfører arbejde for genetisk at ændre organismer for at øge deres patogenicitet og overførbarhed", skal standarder overholdes for at "forhindre utilsigtet frigivelse af disse patogener", men at det er nødvendigt at sikres, at "disse tiltag ikke skaber nogen unødvendige administrative forhindringer for forskningen" (ibid.: 16).

Støtten til gain-of-function-forskning, der er nedfældet i den foreslåede traktat, er yderst problematisk, da risiciene forbundet med uetisk gain-of-function-forskning om pandemiske potentielle patogener (PPP'er) såsom SARS væsentligt opvejer fordelene. Kahn (2023: 1) forklarer, hvordan nogle forskere, der arbejder i laboratorier, ligesom "Icarus, der flyver for tæt på solen, har presset skæbnerne ved at skabe patogener (dvs. mikrober, der gør folk syge), der er farligere end dem, der forekommer i naturen. […] Forskning i gevinst-af-funktion involverer at give mikrober såsom bakterier og vira forbedrede egenskaber, som de måske ikke normalt besidder i naturen. Denne forskning modtager i øjeblikket næsten ingen national eller international overvågning."

SARS-CoV-2 blev genetisk ændret på Wuhan Institute of Virology i Kina; det er sandsynligt, ifølge tidligere CDC-direktør Robert Redfield, at amerikanske skattekroner betalte for den forskning, der gavne-of-funktion, der skabte virussen. Pandemien, det efter al sandsynlighed skyldes et videnskabeligt konstrueret SARS-CoV-2, dræbte omkring 6,8 millioner mennesker på verdensplan, ifølge WHO, og førte til et indgreb i grundlæggende menneskerettigheder. Det Den foreslåede pandemitraktat afslører en bekymrende tilsidesættelse af den sandsynlige laboratorieoprindelse af COVID-pandemien og de usædvanlige ødelæggelser, der kan forårsages på grund af biosikkerhedsrisici forbundet med forskning i gevinst-af-funktion. Verden kunne være vidne til flugten eller frigivelsen af en væsentligt mere dødbringende menneskeskabt virus end SARS-CoV-2. Som et eksempel bemærker Kahn (2023: 1):

Machine Translated by Google

"Med en dødsrate på cirka 56 procent er H5N1-fugleinfluenzavirus meget dødeligere end SARS-CoV-2, som har en estimeret dødsfald på under 2 procent.
H5N1 aviær influenzavirus dukkede første gang op i Hong Kong i 1997 fra inficerede fugle, men det var ude af stand til at sprede sig let fra pattedyr til pattedyr.

Når først et patogen opnår evnen til let at sprede sig fra pattedyr til pattedyr, øges risikoen for, at det spredes til mennesker. Indtast Ron Fouchier, en virolog fra Erasmus Medical Center i Holland. I 2011 besluttede han og hans kolleger at give H5N1 aviær influenzavirus den forbedrede evne til luftbåren spredning mellem pattedyr."

F. Deling af patogenprøver og genetiske sekvensdata

Pandemitraktaten vil, hvis den bliver vedtaget, etablere et WHO-patogenadgangs- og fordelsdelingssystem (PABS-system), der har et forretningselement og er tilgængeligt for alle deltagerstater. Artikel 10 siger:

"1. Behovet for et multilateralt, retfærdigt, retfærdigt og rettidigt system til deling af på lige fod patogener med pandemisk potentiale og genomiske sekvenser og fordele deraf, som gælder og fungerer i både inter-pandemi og pandemisk tid, anerkendes hermed. . I forfølgelsen heraf er det aftalt at etablere WHO Patogen Access and Benefit-Sharing System ('PABS-systemet') under dette WHO CA+. […]

2. PABS-systemet skal dække alle patogener med pandemisk potentiale, herunder deres genomiske sekvenser, samt adgang til fordele, der opstår deraf, og sikre, at det fungerer synergistisk med andre relevante adgangs- og fordelsdelingsinstrumenter. […]

Faciliteret adgang skal gives i overensstemmelse med en standardmaterialeoverførselsaftale, hvis form skal være fastlagt i PABS-systemet, og som skal indeholde de fordelingsmuligheder, der er tilgængelige for enheder, der får adgang til patogener med pandemisk potentiale […] PABS-systemet [...] vil fremme effektive, standardiserede, globale og regionale platforme i realtid, der fremmer findbare, tilgængelige, interoperable og genbrugelige data, der er tilgængelige for alle parter." (WHO 2023b: 17)

Mens adgang til genetiske sekvensdata f.eks. er vigtig i den hurtige udvikling af testkapaciteter, præsenterer PABS-systemet, som det i øjeblikket er foreslået og tilgængeligt af alle deltagende stater – diktaturer, lande involveret i krig og statssponsorer af terrorisme – en ansvar. Udkastet til pandemisk traktat behandler ikke de væsentlige sikkerhedsimplikationer i forbindelse med deling af pandemiske potentielle patogener (PPP'er) og deres genetiske sekvensdata. PABS-systemet skaber en yderligere biosikkerhedsrisiko end den, der stammer fra eksisterende national og international forskning –

Machine Translated by Google

med tilsyn, der bliver endnu mindre fyldestgørende, end det allerede er. WHO har ikke kapaciteten til at garantere, at data eller materiale ikke ender i de forkerte hænder. Det foreslåede PABS-system sender yderligere det forkerte signal, da det kan tilskynde til udvidelsen af gain-of-function forskning, når det bør begrænses og standses. WHO har ingen midler til at sikre, at delt materiale eller data ikke vil blive brugt i videnskabeligt arbejde eksperimenter, der skaber nye farer.

G. One Health og pandemi/epidemi root-årsagsanalyse

One Health-tilgangen – et relativt nyt begreb – er forankret i ældre begreber, der anerkender en tæt sammenhæng mellem menneskers, dyrs og økosystemers sundhed. Under One Health-tilgangen integreres ekspertise på disse områder. Menneskers, dyrs og økosystemers velbefindende er tæt forbundet. Imidlertid forsøger en række organisationer såsom WHO at misbruge denne forståelse til deres egne politiske formål.

WHO-traktatens nuludkast bruger et One Health-sprog til at fremme fokus på menneske-dyr-miljø-grænsefladen som ophav til infektionssygdomme og pan-demier. Den identificerer som "driverne bag fremkomsten og genopkomsten af sygdom ved grænsefladen mellem menneske-dyr-miljø" specifikt "klimaændringer, ændringer i arealanvendelse, handel med vilde dyr, ørkendannelse og antimikrobiel resistens" (WHO 2023b: 24). Artikel 18 forpligter deltagerstaterne "i forbindelse med pandemiforebyggelse, beredskab, reaktion og genopretning af sundhedssystemer til at fremme og implementere en One Health-tilgang, der er […] koordineret og samarbejdende mellem alle relevante aktører" (WHO 2023b: 24) og at "tage One Health-tilgangen i betragtning på nationalt, subnationalt og facilitetsniveau" (ibid.: 25). Deltagerstaterne anerkender også via traktaten betydningen af den såkaldte Quadripartite, som består af WHO, FN's Fødevare- og Landbrugsorganisation, Verdensorganisationen for Dyresundhed og FN's miljøprogram for at løse One Health-relaterede spørgsmål.

Gennem sit ensidige fokus leder nuludkastet til traktaten opmærksomheden væk fra forskning, der opnår en funktion, som den mest sandsynlige oprindelse til COVID-pandemien. En video udgivet af WHO for at opnå støtte til pandemitraktaten viser på samme måde generaldirektør Tedros Adhanom Ghebreyesus, der adresserer pandemier som "en fælles trussel, som vi ikke helt har skabt og ikke kan kontrollere fuldt ud - en trussel, der kommer fra vores forhold til naturen sig selv [disse ord er sat til en video af to unge mennesker, der går en tur i skoven]“. Dette efterfølges ironisk nok af "det er afgørende, at vi alle la

Machine Translated by Google

ærlig vurdering af [COVID]-pandemien og lær dens lektier, så vi ikke gentager de samme fejl igen. Det skylder vi de millioner, vi har mistet«. Denne fortælling udgør ikke en ærlig vurdering af COVID-pandemien og dens oprindelse, samtidig med at den afslører en problematisk, ensidig forståelse af naturens rolle i menneskers sundhed.
Mens trusler mod menneskers sundhed kan findes i naturen, er den også en vigtig kilde til og driver for menneskers sundhed.

Gennem sit ensidige fokus lykkes det i nuludkastet til traktaten ikke at tage fat på en række faktorer i forekomsten og persistensen af alvorlige infektionssygdomme. Udover laboratorieeksperimenter med pandemiske potentielle patogener (PPP'er), der efterfølgende lækker, kan disse omfatte spredning af eksplicit humane patogener og manglende behandling. For eksempel er den mest dødelige infektionssygdom, der dræber omkring 1,6 millioner mennesker hvert år, menneskelig tuberkulose, forårsaget af en primært menneskeligt patogen, der har eksisteret i store dele af menneskehedens historie. Tuberkulose kan helbredes i de fleste tilfælde, men der er en dødelig mangel på tilstrækkelige behandling.

One Health-tilgangen har, hvis den anvendes korrekt, en central plads i forebyggelsen af en række infektionssygdomme og sundhedsmæssige nødsituationer. Det er dog klogt ikke at udelukke vigtige årsager til og opretholder af epidemier og pandemier fra ligningen, som ikke typisk falder ind under den.

Det er yderligere bemærkelsesværdigt, at mens nuludkastet til WHO-traktaten fokuserer på One Health og menneske-dyr-miljø-grænsefladen ideologisk, ser det ud til at fremme en mangelfuld forståelse af denne tilgang. Det hedder f.eks., "at de fleste nye smitsomme sygdomme stammer fra dyr, herunder vilde dyr og tamdyr," (WHO 2023b: 6), uden at nævne det faktum, at sværhedsgraden af nye stammer er en mere passende indikator for relevans end antallet, og at i mange (omend ikke alle) tilfælde stammer mere alvorlige trusler ikke fra dyrene i sig selv, men fra den overdrevne, unaturlige mishandling af dyr af mennesker.

Et eksempel er fabriksbrug, hvor dyr fratages deres naturlige levesteder og i stedet indespærret af titusinder i bure i indendørs faciliteter med dårlige sanitære forhold og affaldshåndtering. Nogle eksperter har hævdet, at A/H1N1-pandemien i 2009 kan have sin oprindelse i fabriksbedrifter. (Andre mener, at det kunne være blevet skabt utilsigtet af forskere, der beskæftiger sig med rekombinant viral forskning med H1N1.) BSE og dens humane variant, en form for Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD), har deres oprindelse i køer, der fodrer med græs sammen med andre naturlige forekommende

Machine Translated by Google

vegetation i naturen, får forarbejdede dyrehjerner at spise i fabrikslandbrug.
Med hensyn til den højpatogene fugleinfluenza (HPAI) H5N8-stamme konkluderer Scientific Task Force on Avian Influenza (2016: 1), at typiske udbrud af denne farlig type "er forbundet med intensiv fjerkræproduktion [fabriksbedrifter] og tilhørende handels- og markedsføringssystemer med spredning af HPAI via forurenet fjerkræ, fjerkræprodukter og livløse genstande". Vilde fugle er derimod "et reservoir for [kun] lavpatogene virusstammer med lav forekomst" (ibid.: 3). Marius Gilbert, en epidemiolog ved Université Libre de Bruxelles i Belgien, forklarer: "De fleste vira, der cirkulerer i vilde fugle, er af ringe fare og forårsager kun milde virkninger." Men når en virus finder vej til fabriksbedrifter, går den " gennem evolutionære forandringer, for det meste knyttet til de forhold, som dyrene opdrættes under. Vi har set lavpatogene vira få patogenicitet i gårde." (Vidal 2021: 1) Mennesker har vendt sig
hvad i naturen for det meste er en mild virus for de ramte dyr med lav forekomst i vilde fugle og med ringe evne til at spredes mellem pattedyr til meget virulente, dødelige former via industrialiseret dyreavl, samtidig med at der skabes luftbårne former, der er meget overførbare fra pattedyr til pattedyr via dyreforsøg i gain-of-function forskning. Som et resultat har fugleinfluenza nu et potentiale for at blive en pandemi værre end COVID-19.

Fabriksbrug er også en væsentlig drivkraft for antimikrobiel resistens (AMR), da langt størstedelen af de producerede antibiotika (ca. 75 % globalt) bruges i fabriksbedrifter på dyr, der er fanget i unaturlige og uhygiejniske leveforhold, hvor patogener udvikler resistens. Antimikrobiel resistens anslås at have dræbt 1,27 millioner mennesker alene i 2019 (jf. RKI 2022: 2).

Alt i alt fokuserer udkastet til traktat ikke på centrale potentielle årsager til fremkomsten (såsom laboratorielækager fra forskning med gevinst-af-funktion) og persistens (såsom manglende levering af behandling i human tuberkulose) af dødelige infektionssygdomme ikke primært relateret til menneske-dyr-miljø-grænsefladen, mens man ser bort fra væsentlige principper i en One Health-tilgang.

Machine Translated by Google

IV. Afvisning af monopolmagt over global sundhed

A. Truslen fra monopoler

> Monopolmagter frarådes med den begrundelse, at folk skal have frit valg, og at ingen skal udelukke konkurrence for deres egne designs. […] Monopolsystemet er et glubende dyr, en cyklus, der forvandler penge til magt til penge til magt. Vi er nødt til at bryde cyklussen. | Electronic Frontier Foundation (2021)

Demokratiet bevares ved at værne om demokratiske kerneværdier, også i krisetider, samtidig med at man forhindrer koncentreret magt i hænderne på få, og at monopoler brydes. USA's højesteretsdommer Louis Brandeis advarede for et århundrede siden, at vi enten kan have koncentreret rigdom (og dermed magt) i hænderne på få eller demokrati, men at vi ikke kan have begge dele. Den amerikanske præsident Franklin Roosevelt udtalte på samme måde: "Den første sandhed er, at et demokratis frihed ikke er sikker, hvis folket tolererer væksten af privat magt til et punkt, hvor den bliver stærkere end selve deres demokratiske stat."

Antimonopolsystemer beskytter ikke kun demokratier, men muliggør også frit valg blandt konkurrerende ideer, kræver selvstændig tænkning, fører til skabelsen af frie organisationer, lokalt ejerskab, innovation og kvalitet i tjenester. Uden koncentreret magt bliver det sværere at korrumpere politiske processer, kompromittere videnskab, kontrollere information, undertrykke konkurrence og eliminere valg. Uafhængige aktører og organisationer, der ikke er afhængige af en centraliseret magtstruktur, har yderligere vist sig at være afgørende for at udfordre og imødegå uretfærdigheder, der stammer fra magtmisbrug, som er gennemgående i menneskehedens historie.

Inden for global sundhed er monopolmagten, som i sagens natur begrænser valgmuligheder, kvæler konkurrerende løsninger, korrumperer videnskaben, kompromitterer politiske processer, søger at kontrollere informationsstrømmen og kvæle uenighed, kan være særligt skadeligt, da området berører menneskers mest fundamentale behov. Det er grunden til, at internationalt samarbejde og deling til gavn for global sundhed ikke kan forbedres ved at tildele koncentreret magt til en uvalgt, uansvarlig og kompromitteret overnational organisation som WHO. Forskellige former for løsninger skal søges og udvikles for at imødegå udfordringer relateret til globale sundhed.

Machine Translated by Google

B. Hvem driver WHO – strukturel virkelighed

Den engang så noble idé om en global sundhedsorganisation, der arbejder for menneskehedens bedste, er blevet erstattet af en enhed, der i vid udstrækning er drevet af de økonomiske og ideologiske interesser hos overdrevne private interessenter og en håndfuld magtfulde stater.

WHO's generaldirektør Tedros Adhanom Ghebreyesus stiller op til støtte for Bill Gates' nye bog på Twitter.

Verdenssundhedsorganisationen styrer en kurs, der afbalancerer nogle få interesser

magtfulde lande som USA

og Tyskland (to største donorer), store private bidragydere (primært Bill & Melinda Gates

Foundation og det Gates-finansierede GAVI

Alliance) og Kina. I perioden 2020 til 2021 ledede Tyskland og Europa-Kommissionen donationer med 1.732 millioner USD, efterfulgt af Gates-dominerede virksomheder med 1.183 millioner USD og USA med 693 millioner USD (jf. WHO 2023c). Kina er den 11. største donor med et bidrag på 168 millioner USD, men har betydelig geopolitisk indflydelse, inkl. i Verdenssundhedsforsamlingen.

WHO skelner mellem vurderede bidrag (AC) og frivillige bidrag (VC). Vurderede bidrag stammer fra en procentdel af hvert medlemslands bruttonationalprodukt og dækker mindre end 20 % af det samlede WHO-budget. Frivillige bidrag (VC) kommer fra medlemslande,

private fonde og industri. De tegner sig for over 80 % af budgettet. Næsten 90 % af de frivillige bidrag er øremærket til specifikke programmer og steder. (jf.
WHO 2023d) Tidligere kom 80 % af det samlede WHO-budget fra vurderede bidrag, hvor WHO besluttede, hvordan de skulle bruges, mens kun 20 % var øremærkede frivillige bidrag (jf. Mischke & Pinzler 2017).

Da midler nu kommer med forbehold, er organisationen kompromitteret på en række spørgsmål, der involverer donorernes interesser. Den private sektor og også de fleste stat

Machine Translated by Google

aktører, der er knyttet til respektive selskaber (f.eks. tyske selskaber omfatter Bayer, der købte Monsanto, BioNTech eller Boehringer Ingelheim; amerikanske selskaber omfatter Pfizer, Moderna, Merck eller Johnson & Johnson) vil sandsynligvis ikke blive involveret, medmindre potentielle overskud - økonomisk eller andet - er involveret. Margret Chan, den tidligere generaldirektør for WHO, sagde i 2015: "Jeg er nødt til at tage min hat og gå rundt i verden for at tigge om penge, og når de giver os pengene, er de stærkt forbundet med deres præferencer, hvad de kan lide. Det er måske ikke WHO's prioritet, så hvis vi ikke løser dette, bliver vi ikke så gode, som vi var." (Franck 2018)

En række førende globale sundheds- og antitrusteksperter såvel som internationale organisationer har længe efterlyst en omfattende reform af WHO. De har været særligt kritiske med hensyn til den betydelige indflydelse, som private virksomhedsinteresser og Gates-konglomeratet har givet over organisationen.

Efter at Gates blev anklaget for ulovlig monopolisering mod sit selskab i USA v. Microsoft Corporation, gik hans bestræbelser på at koncentrere magten på andre områder, især global folkesundhed og landbrug. Bill & Melinda Gates Foundation er den næststørste donor til WHO, mens Gates også grundlagde og medfinansierer The Vaccine Alliance (GAVI) og CEPI. Da bidrag fra Gates-konglomeratet er øremærket til specifikke projekter, beslutter WHO ikke, hvordan de respektive penge skal bruges, det gør Gates. Derfor betaler han WHO for at bruge deres infrastruktur, personale og internationale status til sine formål, hvilket gør det til en kontraktorganisation.
James Love (Knowledge Ecology International) – som var involveret i at føre antitrust-sagen mod Microsoft i USA, har tidligere arbejdet med Læger uden Grænser og spillet en afgørende rolle i kampen for at gøre antiretroviral behandling tilgængelig i Afrika – udtaler, at Gates-medarbejdere kommer med en eksplicit dagsorden og mener, at folk generelt ikke forstår, hvad den indflydelse, som Gates Foundation giver, betyder i praksis.
Bill Jeffery (Center for Health, Science and Law) uddyber, at med hensyn til Gates Foundation, accepterer WHO finansiering fra en organisation, hvis økonomiske velfærd afhænger af succesen for den forarbejdede fødevare- og farmaceutiske lægemiddelindustri.
Samtidig har en række førende Gates Foundation-medarbejdere tidligere arbejdet for Monsanto (nu Bayer), som producerer glyphosat og søger global monopolmagt over frø ved at genmodificere dem. Gates Foundation har derfor en interesse i, at WHO promoverer visse farmaceutiske såvel som kemiske produkter og forhindrer rigid regulering af disse.

Machine Translated by Google

Thomas Gebauer (medico international) kritiserer den overdrevne mængde skønsmæssige kompetencer, der gives til en enkelt, ikke-valgt, uansvarlig person over et globalt organ: "Dette er en manifestation af feudale strukturer. Vi skal stå over for som demokratiske samfund hvilken slags processer vi har tilladt at udfolde nu." (Mischke & Pinzler 2017)

Gates' virksomheder er, selv om de er mest udbredte, ikke de eneste private enheder, der kompromiserer WHO. En række private fonde, såsom Rockefeller Foundation, er også investeret i WHO, dog i mindre grad. Farmaceutiske virksomheder donerer selv millioner af amerikanske dollars til det overnationale organ i umiddelbar kronologisk nærhed af beslutninger truffet af WHO, som kan påvirke dem. WHO værner om sine langsigtede relationer til industrien og beskriver den som en partner. Selv topstatsbidragydere, hvoraf de fleste øremærker deres frivillige bidrag, er knyttet til visse selskaber, hvilket efterlader dem med betydelige konflikter mht.

interesse.

KM Gopakumar (Third World Network) bemærker endvidere, at særlige interesser ikke kun giver indflydelse over WHO via donationer, men også placerer personale i organisationen til at køre visse programmer og derved styre den via to fronter (jf. ibid.).

At overdrage mere magt over global sundhed og beføjelsen til at dirigere deltagerstater såvel som ikke-statslige aktører, der opererer på deres territorium til WHO via de foreslåede ændringer til de internationale sundhedsregulativer (2005), giver uundgåeligt overdrevne og udemokratiske beføjelser til uansvarlige særinteresser, der har kompromitteret organisationen. Særlige interesser ville ikke længere behøve at forsøge at korrumpere politiske processer i hemmelige bagdørsaftaler, men ville have den fulde kraft af international lov bag sig. Denne udsigt udgør en alvorlig trussel mod hårdt kæmpet for demokratiske systemer, lavindkomststaters suverænitet og selve den globale sundhed.

C. Korruption, dårlige beslutninger og fatale fejl

WHO's arbejde med sundhed er ofte underordnet politiske begrænsninger og den gennemgående indflydelse fra de særinteresser, der har kompromitteret organisationen. Samtidig lider det overnationale bureaukrati med base i Genève af mangel på effektivt uafhængigt tilsyn, ansvarlighed og ydmyghed. Som følge heraf har WHO været involveret i overdreven korruption og gentagne gange begået fejl og implementeret politikker med alvorlige konsekvenser for global sundhed uden nogen form for ansvarlighed. Dette er endnu en grund til, at dens autoritet ikke bør udvides; meget mindre og

Machine Translated by Google

under ingen påskud bør organisationen – eller enhver anden enhed – gives monopolmagt over aspekter af global sundhed, som ville overskride dets oprindelige mandat betydeligt. Eksempler på unødig indflydelse på WHO's beslutningstagning og fatale fejl fra organisationens side er skitseret nedenfor.

I juni 2009, Margaret Chan, daværende direktør-General fra WHO, erklærede *officielt* the *influenza A/ H1N1 pandemi.* Cohen og Carter (2010: 1) skriver: "Det var kulminationen på 10 års pandemiberedskabsplanlægning for WHO - år med udvalgsmøder med eksperter fløjet ind fra hele verden og bunkevis af udkast til dokumenter, der tilbyder vejledning til regeringer." WHO lod industrisponserede videnskabsmænd guide sin influenzapolitik.

"Nøgleforskere, der rådgav Verdenssundhedsorganisationen om planlægning af en influenzapandemi, havde udført lønnet arbejde for medicinalfirmaer, der kunne vinde ved den vejledning, de var ved at udarbejde. Disse interessekonflikter er aldrig blevet offentliggjort af WHO, og WHO har afvist henvendelser om dets håndtering af A/H1N1-pandemien som 'konspirationsteorier'."

Cohen & Carter (2010: 1), British Medical Journal

stater, der fulgte WHOs anbefalinger erhvervet enorme mængder af farmaceutiske produkter med skatteydernes penge fra virksomheder, for hvilke WHO-forskerne havde tidligere arbejdet. Cohen & Carter (2010: 1) fortsætter: "Men et år efter afvikler regeringer, der tog råd fra WHO, deres vaccinekontrakter, og milliarder af dollars af lagrede oseltamivir (Tamiflu) og zanamivir (Relenza) - købt fra sundhedsbudgetter allerede under snævre begrænsninger – ligge ubrugt på lagre rundt om i verden. En fælles undersøgelse af BMJ og Bureau of Investigative Journalism har afsløret beviser, der rejser bekymrende spørgsmål *om ,* hvordan WHO håndterede interessekonflikter blandt de videnskabsmænd, der rådgav dens pandemiplanlægning."

WHO-anbefalinger i lande, der præsenterer meget lukrative markeder, tjente til at generere milliarder i overskud til farmaceutiske virksomheder med bånd til selve videnskabsmændene, der arbejder efter WHO's råd. Derudover anses en af de anbefalede medicin af eksperter for at være ineffektiv i behandlingen af A/ H1N1-influenza. Tilbage i 2009 var WHOs anbefalinger ikke-bindende. Erfaringer fra influenza-pandemien i 2009 giver overbevisende grunde til, at det bør forblive på denne måde.

Machine Translated by Google

Under *2014 Ebola-udbruddet i Vestafrika* undlod WHO ikke kun at reagere på en passende og rettidig måde, men fordømte også internationale organisationer som Læger Uden Grænser, der gjorde det. WHO udtalte, at udbruddet ikke ville føre til til en epidemi, som den ikke desto mindre gjorde. I løbet af måneder organiserede og udførte Læger Uden Grænser nødhjælpsoperationer med nogle gange op til 2.400 medarbejdere, der blev udsendt. Over 11.300 mennesker døde under denne ebola-epidemi. Først efter at en PHEIC blev erklæret i august 2014, gik det internationale samfund i gang for effektivt at stoppe sygdommen. Havde WHO og det internationale samfund reageret rettidigt, kunne mange flere liv have været reddet. (jf. Mischke & Pinzler 2017) Gostin & Katz (2016: 274) skriver: "Forsinkelsen så kun værre ud med tiden, da lækkede WHO-dokumenter afslørede, at WHO's beslutninger var yderst politiske og manglede gennemsig

"Efter at vi som organisation i juni [2014] havde sagt, at ebola var ude af kontrol, tog det indtil august, før WHO nåede frem til samme konklusion. Især i begyndelsen fremsatte WHO beskyldninger mod os som organisation og sagde, at vi var involveret i skræmmeslag, og at vi slog alarm om noget, der ikke var så dramatisk."

Dr. Tankred Stöbe
Læger uden grænser
(Mischke Pinzler 2017)

Tankred Stöbe (Læger uden grænser) uddyber, at ebola hører til de såkaldte oversete sygdomme, som har været kendt i lang tid, men som ikke får den nødvendige videnskabelige opmærksomhed, da de for det meste rammer fattige mennesker i lavindkomstlande langt væk. fra markeder, der er lukrative for industrien. Derfor var midlerne til WHO-sektionen, der er ansvarlig for ebola, blevet halveret før udbruddet i 2014. (jf. Mischke & Pinzler 2017)

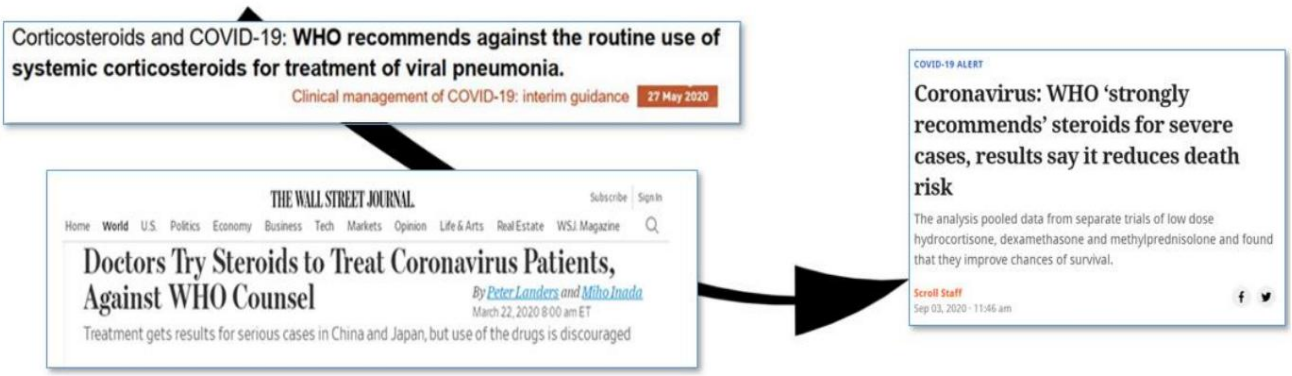
Med hensyn til *COVID-19-pandemien* fandt et uafhængigt panel for pandemisk beredskab og reaktion (IPPPR) oprettet af WHO, at "dårlige strategiske valg" blev truffet af både regeringer såvel som WHO, som bidrog til "en giftig cocktail" som gjorde det muligt for pandemien at blive til en katastrofal menneskelig krise.“ (Kupferschmidt 2021: 1) Panelet ser løsningen i endnu mere centralisering og i at give mere magt til WHO. I stedet skal nationale regeringer og WHO holdes ansvarlige; beslutningstagningen skal diversificeres.

Både regeringer såvel som WHO traf dårlige valg fra begyndelsen. Tidlige advarsler fra kinesiske frontlinjeklinikere fra Wuhan om usædvanlig og svær SARS-

Machine Translated by Google

lignende sygdomssymptomer hos deres patienter blev systematisk undertrykt af den kinesiske regering. Undertrykkelsen af information vedrørende spredningen af SARS-CoV-2 fra november 2019 til slutningen af januar 2020 – hvor virussen stadig kunne have været indeholdt – er en af de værste tilsløringer i historien, som havde fatale konsekvenser for millioner af mennesker. WHO udbredte i vid udstrækning desinformation fra den kinesiske regering via sociale medier om, at der ikke var beviser for menneske-til-menneske overførsel af SARS-CoV-2, selvom førende WHO-videnskabsmænd vidste bedre og havde udtalt det. På trods af den tragiske tilsløring ville højtstående WHO-embedsmand Bruce Aylward senere proklamere, at "verden skylder Kina en stor gæld", da landet til sidst startede autoritær indeslutning foranstaltninger.

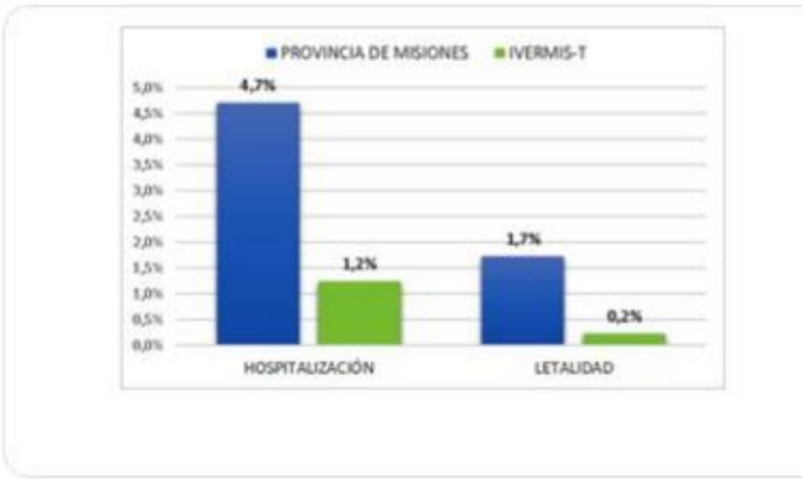
Det var først den 20. januar 2020, at den kinesiske regering endelig officielt indrømmede, at menneske-til-menneske-transmissioner fandt sted. WHO brugte indtil den 30. januar til at erklære en folkesundhedsnødsituation af international bekymring (PHEIC). Under den efterfølgende pandemi fremmede WHO en række falske teorier (f.eks. ingen menneske-til-menneske-transmission, COVID-19 ikke er luftbåren osv.), nedtonede væsentlig naturlig immunitet, offentliggjorde modstridende udtalelser (en gang advarede mod at ophæve lockdowns for tidligt, og lovpriste derefter Sveriges lockdown-ignorerende tilgang den næste måned) og haltede bagefter uafhængige og innovative læger i frontlinjen (for eksempel når det kom til brugen af kortikosteroider på hospitalsmiljøer).



WHO anbefalede oprindeligt ikke brugen af kortikosteroider ved fremskreden COVID – mens læger behandlede hospitalsindlagte patienter med det (det er kontraindiceret i tidlig COVID) – reviderede derefter sin vurdering og anbefalede det kraftigt på grund af deres effektivitet til at reducere dødsfald ved svær COVID.

Machine Translated by Google

Til sidst rapporterede en række anerkendte læger i frontlinjen – fra forskellige dele af verden – succeser i behandlingen af COVID, når de blev behandlet tidligt. Disse læger, der gjorde brug af deres uafhængige kliniske dømmekraft, var foran både WHO og nationale sundhedsagenturer. Respekterede læger i frontlinjen udviklede og offentliggjorde sikre og effektive tidlige behandlingsprotokoller (som hovedsageligt indeholdt genanvendte ikke-patenterede lægemidler), og mistede næsten ingen patienter til sygdommen, når terapi blev påbegyndt tidligt. Nogle lokale regeringer, fra Misiones i Argentina til Mexico City og Indiens Uttar Pradesh-region anvendte med succes versioner af disse tidlige behandlingsprotokoller uafhængigt, hvilket opnåede betydelige reduktioner i dødelighed og hospitalsindlæggelse som en konsekvens.



Grafik over resultaterne af et tidligt behandlingsprogram (grøn = tidlig behandling, blå = ingen tidlig behandling) af den argentinske provins Misiones, som konkluderede: "Forekomsten af hospitalsindlæggelser og dødsfald er betydeligt faldet i den befolkning, der fulgte behandlingen".

En af de største forbrydelser under COVID-pandemien var tilbageholdelsen og undertrykkelsen af disse tidlige behandlingsprotokoller af både nationale sundhedsagenturer såvel som WHO på grund af en enestående interesse i og fokus på implementeringen af en verdensomspændende vaccinationskampagne. Havde der været en anerkendt tidlig behandling for COVID, kunne de nye og rentable mRNA-produkter, som både en række magtfulde regeringer såvel som private WHO-finansierere såsom Bill & Melinda Gates Foundation blev investeret betydeligt i med millioner af amerikanske dollars, ikke har modtaget en nødbrugstilladelse.

Nogle eksperter vurderer, at 70-80 % af de globale COVID-dødsfald kunne have været undgået med systematisk rettidig behandling. Undertrykkelsen af sikre og effektive, men urentable tidlige behandlingsprotokoller for COVID af føderale regeringsorganer, virksomhedsinteresser såvel som organisationer som WHO resulterede i hidtil uset lidelse og tab af menneskeliv. Det kan udgøre en forbrydelse mod menneskeheden.

Ingen monopolmagt bør overdrages til nogen person, institution eller organisation. Hvis en hvis enheden havde sådanne beføjelser og traf dårlige valg eller fatale fejl, ville det være svært at modvirke dem, og samfund kunne styrte sammen. Det er en af grundene til, at det er vigtigt at have forskellige magtpoler og effektive demokratiske kontrolmekanismer på plads.

Machine Translated by Google

V. En bedre måde for global folkesundhed

Dette kapitel rådgiver om væsentlige handlinger, der kræves af nationale såvel som internationale ledere og organisationer. De foreslåede lovgivningsmæssige og uddannelsesmæssige tiltag bygger blandt andet på erfaringerne fra de forskellige udviklingsfaser af COVID-pandemien. Fase 1 relaterer sig til oprindelsen af SARS-CoV-2 – som ligger mest sandsynligt i gain-of-function forskning. Fase 2 handler om den tidsperiode, hvor spredningen af pandemien stadig kunne have været forhindret ved hjælp af whistleblowere og passende tidlige reaktionsforanstaltninger. Fase 3 handler om den periode, der så den største indvirkning på dødeligheden, som kunne være blevet væsentligt reduceret med let tilgængelig sikker og effektiv tidlig behandling. Fase 4 vedrører genopretningsperioden, som kræver en ærlig vurdering og ansvarlighedsforanstaltninger.

A. Decentralisering af kontrol og individets rettigheder

Baseret på erfaringerne fra COVID-pandemien og for at forbedre beredskabet samt reaktioner på fremtidige internationale sundhedsnødsituationer, er en mere decentraliseret tilgang til global såvel som national sundhed, end den praktiseres i øjeblikket.
vigtig. Tillid og lederskab bør bygge på kompetence og arbejdsløsninger frem for ukritiske – såvel som farlige – appeller til autoriteter.

Mens føderale regeringer og deres sundhedsagenturer, såvel som overnationale organisationer såsom WHO og selvbemyndigede private interessenter, fejlede på mange niveauer under COVID-pandemien med fatale konsekvenser, kunne nogle lokale statslige regeringer og frontlinjelæger samt trosbaserede initiativer har bevist deres værd.
En række lokale myndigheder distribuerede med succes sikre og effektive kits til tidlig behandling. Nogle ekstraordinære frontlinjelæger gav tidlig advarsel og arbejdsbehandlingsprotokoller, mens de var under betydeligt pres for at overholde den officielle linje. Nogle lokale initiativer, som f.eks. en kristen præsts i Peru, organiserede et desperat behov for udstyr (f.eks. ilt) til lokalsamfund. De førnævnte aktører har deres stærke etik samt en tæt kontakt til det, der sker på stedet og til berørte mennesker til fælles. De afgav ikke deres personlige ansvar til en centraliseret autoritet og gjorde derved en positiv forskel i hundredtusindvis af menneskers liv.

Machine Translated by Google

Følgende tiltag bør træffes nationalt og internationalt:

ÿ Ændringerne af International Health Regulations (2005) som foreslået og pandemitraktaten/-aftalen (WHO CA+) som skitseret i dets nuludkast skal modsættes og afvises, når de sættes til afstemning.

Skulle de bestå, skal landene fravælge de reviderede forordninger inden for 10 måneder og skal afvise ratificeringen af traktaten. ÿ Lovgivning, der begrænser overnationale organisationer til at tilbyde et forum for udveksling, rådgivning og reaktionsevner, bør indføres, vedtages og implementeres. Disse organisationer har ikke noget populært mandat, er ikke underlagt demokratiske kontrolmekanismer og mangler ansvarlighed for at pålægge regler eller politikker. Overnationale organer som WHO bør også generere størstedelen af deres midler fra medlemmer

stater. Disse medlemslande bør ikke øremærke deres bidrag til sætte organisationen i stand til at handle fri fra nationale interesser. For yderligere at forhindre korruption bør det også være forbudt for det overnationale organ at acceptere midler fra private interessenter og virksomheder, der har økonomiske interesser i forhold til de spørgsmål, organisationen beskæftiger sig med.

ÿ Kontrol over sundhedspolitikker bør decentraliseres via lovgivningsmæssige foranstaltninger, hvor lokale stater, statslige parlamenter, domstole og folkeafstemninger spiller en mere central rolle end føderale regeringer. Lovgivning bør også forhindre, at enhver beslutningsmagt, der kan tilsidesætte nationale demokratiske institutioner, bliver overdraget til et ikke-valgt overnationalt organ. ÿ Der skal indføres, vedtages og implementeres lovgivning, der giver solid juridisk beskyttelse til læge-patient-forholdet og giver patienterne eneret til at beslutte om individuel medicinsk behandling baseret på den kliniske vurdering og rådgivning fra deres udvalgte læger

samt den juridiske forskrift om informeret samtykke. Udefrakommende indblanding i det ukrænkelige læge-patient-forhold, fra regeringen, tilfangetagne sundhedsmyndigheder eller hospitalsadministratorer, skal være forbudt. ÿ Lovbeskyttelse skal gives til genbrug af sikre ikke-patenterede lægemidler/stoffer, selv når industriinteresser forsøger at begrænse deres brug.

ÿ De interessekonflikter, der har kompromitteret et betydeligt antal regeringer, sundhedsagenturer, videnskab og akademisk verden, internationale organisationer og overnationale organer, skal undersøges omhyggeligt og afsløres.

Machine Translated by Google

B. Retten til privatlivets fred: digitalt ID, digitale certifikater og private (sundheds)data

Totalitære mekanismer såsom Kinas sociale kreditsystem afhænger af absolut kontrol over alle private data af få. Dette er gjort muligt af digitale overvågningsteknologier og kunstig intelligens (AI) – som i sidste ende kan glide ud af menneskelig kontrol. Verdens befolkning bør ikke bestræbe sig på at leve i en verden, hvor den type totalitær kontrol eksisterer globalt. Foranstaltninger såsom digitale id'er og digitale (sundheds)certifikater flytter verden i den dystre retning, hvor

"De invaderer vores private liv gennem overvågning, de uddrager fra vores liv, gengiver det, de uddrager som adfærdsdata, og så hævder de disse adfærdsdata som deres private ejendom."

Shoshana Zuboff
(fmr. Harvard University)

hvert aspekt af en persons liv høstes, analyseres og handles som et produkt af magtfulde private enheder og regeringer. Folks privatliv bliver undersøgt, indtægtsført og solgt.

I sidste ende betragter nogle politiske og virksomhedsaktører individer som *hackbare dyr,* et udtryk opfundet af World Economic Forums ideolog Yuval Harari. Det betyder, at nogle private enheder og regeringer mener, at de kan få folk til at gøre hvad som helst (uanset om det er på det økonomiske eller politiske område) ved at manipulere dem baseret på psykografiske beskeder og andre værktøjer. Enhver form for private data er et aktiv for dem til at opbygge en 360 graders visning af en person.

Digitale overvågningssystemer, der er afhængige af en form for digitalt certifikat i nogle af deres funktioner, er et instrument til styrkelse af de få og underkastelse af masserne. Som i eksemplet med Kina eller Indonesien bruges digitale sundhedscertifikater til at kontrollere bevægelser og opnå overholdelse af centraliserede direktiver, uanset om de har en ordentlig begrundelse eller ej. I en række lande blev digitale sundhedscertifikater brugt - mod grundlæggende etik - til at tvinge optagelsen af medicinske produkter, der senere viste sig at have potentiale for dødelige bivirkninger, at være kontraindiceret i et bredt spektrum af samfundet og hverken stoppe infektion eller smitte. På et tidspunkt kunne folk, der havde taget det medicinske produkt, men var smittet, stadig gå til steder, mens folk, der ikke havde taget det, men ikke var smittet, ikke kunne. Dette viser vilkårligheden med

hvilke direktiver, selv om de er negative for folkesundheden, der kan pålægges.

Under en egentlig global sundhedsnødsituation er test og/eller selvkarantæne i hjemmet samt frivillig tidlig behandling, hvis det er nødvendigt, foranstaltninger, der ikke kræver nogen form for digital certifikat eller tvungen medicinsk behandling og ikke nødvendiggør etablering af kontrolmekanismer som kan uretmæssigt tilegnes til totalitære formål.

Machine Translated by Google

Følgende tiltag bør træffes nationalt og internationalt:

ÿ Enhver form for digitalt ID med en konsolidering af alle data vedrørende en person på et enkelt referencepunkt skal forbydes via passende lovgivningsmæssige foranstaltninger. Et sådant enkelt digitalt referencepunkt udgør en betydelig risiko for individuelle rettigheder, datasikkerhed samt national sikkerhed og kan misbruges af antidemokratiske aktører og fjendtlige enheder. ÿ Pædagogiske foranstaltninger til at forklare farerne ved digital iværksat og gennemført.

ÿ Digital minedrift samt kontrol med private (sundheds)data skal kriminaliseres gennem lovgivning. Retten til privatliv – især når det kommer til sundhedsspørgsmål – er en hjørnesten i demokratiet. ÿ Lovgivningsmæssige foranstaltninger skal sikre, at folk til enhver tid har ejerskab over deres egne data, og at vilkår fastsat af private eller statslige enheder, der overtræder denne norm, er forbudt.

ÿ Nationale og internationale organisationer bør forpligte sig til forskning i følgende spørgsmål: Hvem ejer og kontrollerer vores data? Hvem har gavn af at handle med det? Og hvorfor har vi ingen indflydelse på, hvem der får det?

C. Ytringsfrihed og ret til dissens

Khosla & McCoy (2022: 1-2) skriver:

"En tolerance over for dissens markerer ikke kun evnen til at udfordre og holde regeringer (og andre magtfulde aktører) ansvarlige og villigheden til at respektere minoritetssynspunkter, den tilskynder til debat og overvejelser i samfundet på måder, der driver positiv social forandring og udvikling. Dissens kan hjælpe med at informere den offentlige mening, ændre politik, fremskynde reformer og fremme og beskytte andre menneskerettigheder. Dissens har været central for fremme af ligestilling mellem kønnene og kvinders rettigheder og vendingen af etnisk og racemæssig undertrykkelse, som eksemplificeret af borgerrettighedsbevægelsen i USA og anti-

”For det er ikke nok at tillade uenighed. Vi må kræve det. For der er meget at tage afstand fra."

Robert F. Kennedy (1966)

Machine Translated by Google

apartheidkamp i Sydafrika. Det har været en kritisk ingrediens i mange vellykkede kampagner, der har til formål at beskytte det naturlige miljø mod skade og ødelæggelse.
Og på sundhedsområdet spillede dissens en vigtig rolle i at fremme adgangen til behandling for HIV-pandemi. […] Retten til dissens skal respekteres og betragtes som et sundt udtryk for demokrati og frihed, og vi skal bevidst stræbe efter løbende at overvåge og beskytte denne ret. […]

Det er vigtigt, at sundhedsprofessionelles stemmer er […] afgørende for at sikre, at pandemikontrolforanstaltninger ikke misbruges som et påskud for yderligere at undertrykke menneskerettighederne, arrestere journalister og aktivister eller indføre drakoniske love for at bekæmpe "falske nyh […] De, der arbejder i det globale sundhedsrum, har en afgørende rolle at spille i at beskytte, bevare og fremme kritisk tankegang. Når vi står over for hidtil usete udfordringer, er det vigtigere end nogensinde at stå fast og forsvare disse grundlæggende principper for menneskerettigheder."

Censur af ytringsfrihed og presse, der ikke krænker demokratiske forfatninger, som de er (f.eks. ved at opfordre til vold mod en person eller gruppe), bør afsløres som den forfatnings- og menneskerettighedskrænkelse, den er. Ytringsfrihed og fri presse er væsentlige sikkerhedsforanstaltninger mod overrejsning fra magthavere. Etableringen af et industrielt censurkompleks – tæt forbundet med udøvende grene af regeringen, nationale sikkerhedsenheder og private interessenter – er af antidemokratisk karakter og præsenterer et forsøg på undergravning af grundlæggende menneskelige såvel som forfatningsmæssige rettigheder under falsk foregivelse. Formålet med dette kompleks er ikke at bekæmpe *falske nyheder ,* men at kontrollere indholdet og strømmen af information. Det er en naiv og farlig fejlslutning at tro, at de, der har magten til at censurere, altid skal stå på sandhedens side eller til enhver tid vide, hvad sandheden er. Information adskilles bedst fra misinformation gennem en åben udveksling og diskurs, der gør brug af de bedste tilgængelige beviser.
Inddragelsen af forskellige kvalificerede perspektiver, herunder dem, der afviger fra den officielle linje, gavner samfund i krisetider og videre, giver balance og kan vælte falske paradigmer.

Ytringsfrihed er også den bedste garant for tidlig deling af information i tilfælde af globale sundhedsnødsituationer. Gostin & Katz (2016: 279–280) skriver: “Selvom IHR [2005] opfordrer til robust informationsdeling gennem rapportering af potentielle PHEIC'er og efterfølgende anmodninger om opfølgningsdata, landene fortsætter med at forsinke underretninger og/eller begrænse de rapporterede oplysninger. [...Jo hurtigere sundhedsmyndighederne kender til en ny begivenhed, jo hurtigere kan de igangsætte en effektiv reaktion, hvilket fører til færre sager. Men regeringer har økonomiske grunde til at tilbageholde eller forsinke gennemsigtig information

Machine Translated by Google

deling. […] Alligevel kan den manglende evne til at rejse den globale alarmberedskab i sidste ende få endnu større betydning i forhold til menneskeliv og national skat."

Whistleblowere og frontlinjepersonale er den vigtigste kilde til tidlig information og advarsel om potentielle trusler mod global sundhed, ikke regeringer.
Klinikere i Wuhan, Kina, var hurtige til at opdage usædvanlige klynger af SARS-lignende lungebetændelse af ukendt oprindelse i slutningen af 2019. Hvis de havde nydt ytringsfrihed og adgang til et internationalt reviewforum og et internationalt netværk, kunne COVID-pandemien have været forhindret . Hverken de foreslåede IHR-ændringer eller udkastet til pandemitraktat behandler dette punkt tilstrækkeligt. At give WHO's generaldirektør mere magt til at erklære globale sundhedsnødsituationer er ikke svaret, da han eller hun under de nuværende strukturelle omstændigheder ikke er uafhængig af magtfulde staters interesser som Kina.

Følgende tiltag bør træffes nationalt og internationalt:

ÿ Whistleblowerbeskyttelse bør forankres stærkere i national og international lov. Diversificerede non-profit organisationer bør tilbyde et sikkert forum og netværk for whistleblowere såvel som til forstærkning af deres budskaber ved gennemgang af styrken af deres information. Whistleblowere bør nyde en særlig international beskyttelse svarende til den, der gives til vidner i sager om organiseret kriminalitet.

ÿ Uddannelsesmæssige og lovgivningsmæssige foranstaltninger til at afsløre og afslutte indgrebet i ytringsfriheden og den frie presse som et forsøg på undergravning af grundlæggende menneskelige og forfatningsmæssige rettigheder bør igangsættes og impleme

ÿ Der bør iværksættes uddannelsesmæssige foranstaltninger, og lovgivningsmæssige foranstaltninger bør omgående indføres, vedtages og implementeres for at afsløre og afvikle det antidemokratiske industrielle censurkompleks. ÿ Investeringer i medievirksomheder, uanset om det er reklamemæssigt eller på anden måde, foretaget af medicinalindustrien eller aktører, der ejer aktier i denne industri, bør forbydes på grund af deres uberettigede indflydelse på den fjerde ejendom, der begrænser en afbalanceret dækning af fakta og begivenheder. ÿ Private interessenter bør lovligt kun have lov til at bidrage med beløb over 50.000 USD om året til i alt to medieselskaber, enten som en person eller med en af deres organisatoriske enheder, for at undgå koncentreret magt fra enkelte enheder over et bredt spektrum af medier forretninger.

Machine Translated by Google

D. International deling og integritet af regulatoriske processer

Der er behov for bedre internationalt samarbejde og bredere deling, både i nødstilfælde og ikke-nødsituationer. Ægte globalt samarbejde kan opnås via anerkendte fora, der giver mulighed for civilsamfundsdeltagelse. Global deling af sikre og effektive lægemidler og sundhedsprodukter med dem, der har behov for det, bør implementeres via et diversificeret system af internationale såvel som lokale trosbaserede og andre non-profit organisationer med en dokumenteret erfaring med at modstå virksomhedernes og nationale interesser. Disse organisationer burde have opnået tillid og godkendelse fra befolkningen på stedet. Nævnte organisationer bør også udvikle hurtige reaktionskapaciteter, som kan påkaldes af stater såvel som lokalsamfund, hvis det er nødvendigt, som komplementerer nationalstaternes og overnationale organisationers. På denne måde er der ikke en enkelt enhed, der kan etablere enemonopol- og protektionsbeføjelser. Dette giver mulighed for større valgmuligheder og ansvarlighed. Samtidig bør de førnævnte trosbaserede og andre non-profit organisationer uden interessekonflikter samarbejde med lokale samfund og stater om systematisk at opbygge egen kapacitet. Dette vil gøre det muligt for lokalsamfund at tage sig af deres egne mennesker og til gengæld række en hjælpende hånd til andre.

Når det kommer til reguleringsprocessen vedrørende nye produkter, er det tilrådeligt at forhindre underminering af forsigtige regulatoriske krav relateret til længden og kvaliteten af kliniske forsøg. Samtidig bør en ret til at prøve for patienter, der lider af livstruende eller -ændrende sygdomme, forankres i national og international lov.

Følgende tiltag bør træffes nationalt og internationalt:

- ÿ Fora, der diskuterer internationale spørgsmål, bør give mulighed for en stærk civilsamfundsdeltagelse i beslutningsprocessen.
- ÿ Ansvaret for velgørende distribution af sikker og effektiv medicin samt andre sundhedsprodukter bør overdrages til forskellige trosbaserede og andre non-profit organisationer, som er tillid til på stedet, har tilstrækkelige kapaciteter og ikke har konflikter med interesse.
- ÿ De samme organisationer bør arbejde med lokale samfund og stater systematisk at opbygge egen kapacitet.
- ÿ Undermineringen af reguleringsprocessen, når det kommer til længden og kvaliteten af kliniske forsøg bør forhindres.
- ÿ En ret til at prøve bør være forankret i national og international lov.

Machine Translated by Google

E. Definition og standsning af gain-of-function forskning

Dette dokument har skitseret de omfattende biosikkerhedsrisici, der er forbundet med forskning, der giver anledning til funktionsvinding i tidligere kapitler.

Følgende handlinger skal træffes nationalt og internationalt:

- ÿ Der skal implementeres pædagogiske foranstaltninger for at forklare arten og biosikkerhedsrisici ved forskning, der opnår funktionsdygtighed. Eksperter uden interessekonflikter, der underviser om risici, bør tilbydes en pla
- ÿ Forskningen i gevinst-af-funktion, der fandt sted i relation til SARS-CoV-2 i Wuhan, Kina, med amerikanske skatteyderpenge, samt den systematiske undertrykkelse af information relateret til det, skal afsløres.
- ÿ Lovgivning, der forbyder forskning, der opnår funktion, dens finansiering og outsourcing skal indføres, vedtages og implementeres.

F. Ideelle rammer og tilgange til global sundhed

Beskyttelse af menneskers sundhed, velvære og rettigheder bør være et centralt princip, en indikator og et resultat af pandemiforebyggelse, beredskab og reaktion. Enhver foranstaltninger skal først og fremmest baseres på den menneskelige persons umistelige, gudgivne værdighed og menneskerettigheder. I mellemtiden, når det kommer til spørgsmålet om, hvordan man kan analysere årsager og andre problemer relateret til globale sundhedsnødsituationer ideelt set, kan ingen enkelt tilgang redegøre for sagens kompleksitet. Nationalstater, samfund og individuelle forskere bør altid være åbne over for forskellige vinkler.

Følgende tiltag bør træffes nationalt og internationalt:

- ÿ Beredskabsplanlægning skal omprioritere sundhed, menneskelig værdighed og rettigheder.
- ÿ Uddannelsestiltag bør minde folk om og sætte fokus på, betydningen af begreberne menneskelig værdighed og menneskerettigheder samt på historien om magthavernes overgreb.
- ÿ En række fornuftige tilgange til globale sundhedsnødsituationer bør overvejes, samtidig med at deres integritet sikres mod forsøg på at misbruge dem.

Machine Translated by Google

VI. Konklusion

Målet for mange tilhængere af ændringerne til de internationale sundhedsregulativer (2005) og pandemitraktaten/-aftalen WHO CA+ er at øge overholdelsen af fornuftige forpligtelser i henhold til IHR (2005) og at undgå, at nationale interesser hindrer effektive reaktioner på smitsomme sygdomme. sygdomsnødsituationer ved at overdrage hidtil uset magt til WHO og muliggøre yderligere centralisering af politisk kontrol. Hvad disse fortalere ikke tager højde for, er, at overdragelse af mere magt til WHO på dette tidspunkt er lig med at give mere, ikke mindre magt til de særlige interesser (nationale og private), der desværre har kompromitteret organisationen og hindret effektive reaktioner på en række akutte infektionssygdomme samt andre globale sundhedsproblemer i den seneste tid.

Hvad de heller ikke tager højde for er, at enhver overdreven magtkoncentration eller monopolmagt i hænderne på nogle få uden et folkeligt mandat og forfatningsmæssige kontrolmekanismer til at begrænse den, i sagens natur fører til magtmisbrug, underminerer og kompromitterer demokratiske processer, korrumperer videnskab, indskrænker valgmuligheder, kvæler konkurrerende løsninger, muliggør kontrol over informationsstrøm og kvælning af dissens.

De foreslåede IHR-ændringer og pandemitraktaten – hvis de bliver enige – vil uundgåeligt blive brugt til at fremme interesserne hos nogle få magtfulde aktører, der har kompromitteret WHO på bekostning af andre. De kan bruge disse instrumenter til at erstatte internationalt samarbejde med udemokratiske centraliserede diktater, til at tilskynde til censur og til at legitimere et kartel, der påtvinger befolkningen interessedrevne sundhedsprodukter, der genererer overskud frem for dem, der virker bedst – under dække af retfærdighed.

Internationalt samarbejde og deling til gavn for global sundhed kan ikke forbedres ved at tildele udemokratisk koncentreret magt til en uvalgt, uansvarlig og kompromitteret overnational organisation. Det er grunden til, at ændringerne til de internationale sundhedsregulativer (2005), der er diskuteret i kapitel II og pandemitraktaten (WHO CA+), som skitseret i dens nuludkast, skal modsættes og forkastes, når de sættes til afstemning i enten maj 2023 eller maj 2024 Hvis de vedtages, skal landene fravælge de reviderede forordninger inden for 10 måneder og skal afvise ratificeringen af traktaten. Derudover bør forsigtige lovgivningsmæssige og uddannelsesmæssige foranstaltninger, som skitseret i kapitel V i dette dokument, indføres, vedtages og implementeres for at imødegå enhver monopolisering eller forsøg på monopolisering, for at beskytte demokratiske idealer og for at gavne folkesundheden.

Machine Translated by Google

Referencer

COHEN, D., & CARTER, P. (2010). WHO og den pandemiske influenza "konspirationer". *BMJ;* 340 :c2912 doi:10.1136/bmj.c2912.

FIDLER, David P. (2005). Fra internationale sanitære konventioner til global sundhedssikkerhed: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law,* bind 4, udgave 2, NOVEMBER 2005, side 325-392, https://doi.org/10.1093/chinesejil/jmi029.

FRANCK, Lilian (2008). TrustWHO dokumentar. https://vimeo.com/ondemand/trustwho/260921911.

GOSTIN, LO, & KATZ, R. (2016). De internationale sundhedsbestemmelser: Det styrende rammeværk for global sundhedssikkerhed. *Milbank* Q, 94(2), 264-313. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12186.

GOV.UK (2023). Udenrigsrejserådgivning, Indonesien. https://www.gov.uk/foreign-travel- advice/indonesia/coronavirus#:~:text=You%20will%20need%20a%20doctor's,vaccination%20og%20covid19%20test%20krav.

INDONESISK AMBASSADE (2023). Gældende sundhedsbestemmelser ved indrejse. https://indonesianembassy.de/current-health-regulations-on-entry/.

KAHN, Laura H. (2023). De syv dødssynder af biomedicinsk forskning. *Georgetown Journal of International Affairs.* https://gjia.georgetown.edu/2023/03/03/the-seven-deadly-sins-of- biomedical-research/.

KHOSLA, R., & MCCOY, D. (2022). Dissens og retten til at protestere i sammenhæng med global sundhed. BMJ Global Health 2022; 7:e011540. doi:10.1136/ bmjgh-2022-011540.

KUPFERSCHMIDT, Kai (2021). 'En giftig cocktail': Panelet afgiver hård dom over verdens manglende forberedelse til pandemi. https://www.science.org/content/article/toxic-cocktail- panel-delivers-harsh-verdict-world-s-failure-prepare-pandemic.

MISCHKE, Tatjana, & PINZLER, Jutta (2017). Die WHO – Im Griff der Lobbyisten? L'OMS - Dans les griffes des lobbyistes? *Arte.* https://m.imdb.com/title/tt12336562.

RKI (2022). Byrden af antimikrobiel resistens i G7-lande og globalt. https://www.rki.de/EN/Content/infections/antibiotic/brochure_IHME_RKI.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Global%20context%3A%20a%20total%20of,direkte%20tilskrivelig%20to%20antimikrobiel %20resistens.

VIDENSKABELIG TASK FORCE OM FUGLEINFLUENZA OG VILDE FUGE (2016). Erklæring om H5N8 højpatogen fugleinfluenza (HPAI) hos fjerkræ og vilde fugle. 20. december 2016.

Machine Translated by Google

https://www.cms.int/sites/default/files/Scientific%20Task%20Force%20on%20Avian%20Influ
enza%20and%20Wild%20Birds%20H5N8%20HPAI_December%202016_FINAL.pdf.

GUARDIAN (2020). Hvis Kina værdsatte ytringsfrihed, ville der ikke være nogen coronavirus-krise. https://
www.theguardian.com/world/2020/feb/08/if-china-valued-free-speech-there-would-be-no-coronavirus-crisis .

WHO (2023). Revisionsudvalgets rapport vedrørende ændringer af de internationale sundhedsregulativer (2005). https://apps.who.int/gb/wgihr/pdf_files/wgihr2/A_WGIHR2_5-en.pdf.

WHO (2023a). Artikel-for-artikel-kompilering af foreslåede ændringer til de internationale sundhedsregulativer (2005) indsendt i overensstemmelse med beslutning WHA75(9) (2022). https://apps.who.int/gb/wgihr/pdf_files/wgihr2/A_WGIHR2_7-en.pdf.

WHO (2023b). Nul udkast til WHO CA+ til behandling af det mellemstatslige forhandlingsorgan på dets fjerde møde. https://apps.who.int/
gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-en.pdf.

WHO (2023c). Vores bidragydere. https://www.who.int/about/funding/contributors.

WHO (2023d). Hvordan WHO finansieres. https://www.who.int/about/funding.

VERDENS ØKONOMISK FORUM (2022). Møder om indflydelse på bæredygtig udvikling 2022. Bekæmpelse af desinformation. https://www.weforum.org/events/sustainable-development-impact-meetings-2022/sessions/tackling-disinformation.

Machine Translated by Google

BILAG 1: TIDSLINJER

Ændringer til de internationale sundhedsbestemmelser

- Jan. 2021: Et såkaldt uafhængigt panel om pandemisk beredskab og reaktion konkluderer, at IHR (2005) skal opdateres for at sikre, at WHO og dets medlemslande hurtigere reagerer på globale sundhedsrisici.

- Jan. 2022: Biden-administrationen fremsætter vidtrækkende forslag til ændringer af IHR (2005).
- Maj 2022: Ud af 13 forslag accepterer den 75. Verdenssundhedsforsamling kun forslaget om at forkorte perioden for afvisning af ændringer fra 18 til 10 måneder og perioden før sådanne ændringer træder i kraft fra 24 til 12 måneder. Yderligere forslag fremsættes med forbehold for yderligere forhandlinger.

- Forhandlingerne om de foreslåede ændringer omfatter medlemslande såvel som ikke-statslige interessenter med relationer til WHO.
- Okt. 2022: En udpeget International Health Regulations Review Committee (IHRRC), der svarer direkte til WHO's generaldirektør (DG) Tedros Adhanom Ghebreyesus, begynder sit arbejde med at gennemgå forslag fra deltagerstater. IHRRC's sager er fortrolige.
- Inden januar 2023 har 16 deltagende stater enten på egen hånd eller i samarbejde med regionale institutioner (såsom EU, WHO Afrikanske Region, Den Eurasiske Økonomiske Union og MERCOSUR) indsendt forslag.

- Januar 2023: Gennemgangsudvalget – som har til opgave at opsummere forslagene fra medlemslande og tilknyttede interessenter – udsender en sammenfattende rapport til GD, som igen skal informere WHOs medlemslande inden den 76. Verdenssundhedsforsamling.
- Nogle eksperter siger, at nogle ændringsforslag kunne sættes til afstemning på den 76. Verdenssundhedsforsamling – et simpelt flertal er tilstrækkeligt til vedtagelse – som vil finde sted fra den 23. til 30. maj 2023.

- Den officielle tidsplan forudser i mellemtiden en såkaldt arbejdsgruppe om ændringer af de internationale sundhedsregulativer (2005) – sammensat af udvalgte delegerede fra deltagerstaterne – til at udarbejde et endeligt forslag i løbet af 2023 baseret på rapporten fra revisionsudvalget.
- Det er meningen, at det endelige forslag til ændringerne skal gå til GD i begyndelsen af 2024, som skal videregive det til medlemslandene mindst fire måneder før Verdenssundhedsforsamlingen i 2024.

Pandemitraktat

- Dec. 2020: Det Europæiske Råds præsident Charles Michel foreslår en juridisk bindende WHO-pandemitraktat; Generaldirektør for WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, bakker op om initiativet.
- Dec. 2021: Et såkaldt Intergovernmental Negotiating Body (INB) oprettes af WHO for at arbejde på traktaten.
- ING feedbackrunder omfatter medlemslande, ikke-statslige aktører i forhold til WHO og håndplukkede eksperter til at udtænke et såkaldt Conceptual Zero Draft.
- Nov. 2022: Et konceptuelt nuludkast udgives til yderligere behandling af INB.
- Dec. 2022: Medlemslandene er enige om at lade INB-bureauet udvikle et nuludkast, der er baseret på det konceptuelle nuludkast til en juridisk bindende traktat. (INB-bureauet består af seks delegerede, en fra hver af de seks WHO-regioner, herunder medformændene Roland Driece fra Holland og Precious Matsoso fra Sydafrika.)
- Forhandlinger om Zero Draft starter den 27. februar 2023.
- Fra marts til april 2023 arbejder INB på at finde en konsensustekst til det endelige instrument.
- I maj 2023 vil en statusrapport blive præsenteret for den 76. Verdenssundhedsforsamling.
- Fra maj 2023 til marts 2024 vil INB søge at færdiggøre en konsensustekst samt en hhv. procesrapport til Verdenssundhedsforsamlingen.
- I maj 2024 er det meningen, at en endelig version af udkastet til en juridisk bindende pandemitraktat skal præsenteres for den 77. Verdenssundhedsforsamling.
- WHO-pandemitraktaten overvejes til vedtagelse i henhold til artikel 19 i WHO-forfatningen med en yderligere overvejelse af egnetheden af artikel 21.

Machine Translated by Google

1st Floor, 11 Laura Place, Bath, BA2 4BL

WWW.WORLDCOUNCILFORHEALTH.ORG